Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–5 Bogen. Preis in Deutschl. u Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 M., ins Ausland 7.50 M. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 17. 24. April 1900.

Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

47. Jahrgang

Originalien.

Aus der kgl. geburtshilflichen Poliklinik der Universität Breslau. (Geh.-Rath Küstner.)

Die Hystereuryse in der Praxis.

Von Dr. Deckart, Assistenzarzt.

Die Hystereuryse als Mittel zur Einleitung resp. Beschleunigung der Geburt ist in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten warm empfohlen worden und wenn auch noch nicht alle Fachmänner sich zu einer ausgedehnteren Anwendung des Mittels haben entschliessen können, so ist doch erfreulicher Weise zu constatiren, dass die Zahl der Anhänger dieses Verfahrens rasch zugenommen hat. Naturgemäss wurde dieses Verfahren zuerst ausschliesslich in Anstalten geprüft, die Resultate waren aber so ermuthigend, dass es bald auch von praktischen Aerzten geübt und zur Nachahmung empfohlen wurde [Füth, Gerich u. A.[1]]. Selbstverständlich ist das Beobachtungsmaterial dieser Autoren klein und erlaubt nur in geringem Grade, ein Urtheil über die Verwendbarkeit des Hystereurynters im Privathause zu geben. Die Mittheilungen aus Gebäranstalten verfügen nun ja über grössere Zahlenreihen, aber ihrem Einfluss auf die allgemeine Praxis steht der nicht ganz unberechtigte Einwand, den mancher skeptisch veranlagte Arzt machen wird, entgegen, dass nämlich ein Verfahren, welches in einer Klinik mit gutem Wartepersonal, zuverlässiger Assistenz und allem möglichen Comfort ausgeführt, sich vortrefflich bewährt, desshalb doch noch nicht für die Geburtshilfe in einer Tagelöhnerswohnung geeignet sein muss. Dazu kommt, dass vielfach nicht nur diese äusseren Verhältnisse, sondern auch die Beschaffenheit der Fälle selbst nicht ganz dem Wirkungskreise des praktischen Arztes entsprechen. So befinden sich z. B. unter den 23 Fällen Biermer's 16 künstliche Frühgeburten. Es ist aber klar, dass wegen der äusserst verantwortlichen Indicationsstellung in Betreff des Zeitpunktes, in dem die Schwangerschaft bei höheren Graden von Beckenenge unterbrochen werden soll einerseits, andererseits wegen der doppelt peinlichen Beobachtung, die man einer solchen Geburt naturgemäss angedeihen lassen will, der praktische Arzt die Schwangere meist einer Klinik überweisen wird — obwohl die Technik der Hystereuryse auch zwecks künstlicher Frühgeburt so einfach ist, dass sie auch in der Privatpraxis ohne Gefahr ausgeführt werden könnte.

Es dürfte daher dem praktischen Arzte nicht unwillkommen sein, wenn im Folgenden die Erfahrungen mitgetheilt werden, die in den letzten 6 Jahren in der Breslauer geburtshilflichen Poliklinik gesammelt wurden; in der Poliklinik spiegeln sich ja die Verhältnisse, unter denen der praktische Arzt operirt, am ehesten wieder, ja sie sind wohl meistens noch dürftiger.

Gerade in unserer Klinik ist die Hystereuryse zur Erregung von Geburtswehen besonders häufig geübt worden, denn sie ist die praktische Verwerthung unserer Anschauungen über die Ursache des Geburtsbeginns, welchen verschiedene aus der Küstner'schen Schule hervorgegangene Arbeiten von Keilmann, Weidenbaum und Knüpfer in neuerer Zeit Bahn gebrochen haben. Desshalb wird in unserer Klinik der Hystereurynter principiell zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt benutzt. Auch in der Poliklinik wurde auf mannigfache Indicationen hin von der Hystereuryse Gebrauch gemacht. Innerhalb der letzten 6 Jahre kam sie in 42 Fällen zur Anwendung. Von diesen Fällen muss man jedoch 7 abziehen, bei denen einmal nach einiger Zeit von dem Verfahren Abstand genommen wurde, weil der betreffende Arzt sich plötzlich veranlasst sah, sehr rasch zu entbinden, den Hystereurynter wieder entfernte und nach einigen Cervixincisionen die Zange anlegte. In 6 Fällen ereigneten sich Störungen in der Technik (2 mal Versagen resp. Zerbrechen der Spritze, 4 mal Platzen des Hystereurynters), wie sie bei dem Erproben eines neuen Verfahrens ja leicht vorkommen können. Trotzdem müssen, wie schon eine flüchtige Durchsicht des Journals ergibt, die Versuche recht befriedigend ausgefallen sein, denn die Zahl der Hystereurysen nahm jährlich zu: 1894/95 und 1895/96 wurde sie nur je einmal ausgeführt, im jetzigen Jahrgang schon 12 mal. Und umgekehrt lässt sich constatiren, dass die Zahl der combinirten Wendungen, d. i. derjenigen Operation, mit der die Hystereuryse am meisten concurrirt, erheblich abgenommen hat. Zwar ist sie in dem vorletzten Jahrgang mehrfach angewandt worden, indess findet man dann stets einen Vermerk, wesshalb man in dem einzelnen Falle die Vortheile der Hystereuryse entbehren konnte, meist handelte es sich um todte Früchte im 7. und 8. Monat.

Es ist meiner Ansicht nach ein Hauptvorzug der Hystereuryse, dass sie dem Geburtshelfer um die Klippe der combinirten Wendung herumhelfen kann. Die Hystereuryse ist eine einfache Operation, die weder Mutter noch Kind schaden kann, sie lässt sich immer ohne Narkose ausführen. Die combinirte Wendung ist nicht gleichgiltig für das Kind. Dem Geburtshelfer kann es nur allzu leicht passiren, dass er bei dem mühsamen Entgegendrücken der Füsse die Nabelschnur maltraitirt oder die Placenta partiell ablöst und dadurch das Kind schädigt. Selbst bei der classischen Wendung, bei erweitertem Muttermunde, lassen sich derartige Vorkommnisse nicht immer vermeiden. Bei dieser aber fallen sie nicht so schwer in's Gewicht, weil man nach derselben sofort extrahiren kann. Zweitens aber ist die combinirte Wendung oft sehr schwer, ja oft unmöglich; jedenfalls ist sie nach der Meinung vieler Autoren eine Operation, die an das Können des praktischen Arztes vielfach zu hohe Anforderungen stellt. Es soll damit gar nicht geleugnet werden, dass ein erfahrener Geburtshelfer mit der combinirten Wendung gute Erfolge erzielen kann. Das ist schliesslich bei jeder Operation der Fall. Dem Arzte wird aber immer das Verfahren das liebste sein, das auch in den Händen eines nicht routinirten Geburtshelfers leistungsfähig ist, und ein solches ist die Hystereuryse.

Den besten Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung geben die Resultate, die wir bei der häufigsten Anwendung des Hystereurynters, nämlich bei Placenta praevia, erzielt haben. Wir verfügen über 19 Fälle. In zweien davon waren bei der Uebernahme der Geburt die Kinder schon abgestorben. Von den restirenden 17 wurden lebend geboren 12, das ergibt also eine Mortalität von 30 Proc. Stellt man diesen Ergebnissen die Resultate Anderer gegenüber, welche in neuerer Zeit für die Behandlung der Placenta praevia durch die Wendung nach Braxton-Hicks eingetreten sind, so ergibt sich ein augenfälliger Unterschied, der wohl Jeden für unser Verfahren gewinnen muss: Die Mortalitätsziffer der Kinder stellt sich unter gleicher Berechnung bei Treub (Centralbl. f. Gynäk. 1898) auf

[1]) Centralbl. f. Gynäkol. 1896 und 1897.

56 Proc., bei Ribbius (Centralbl. f. Gynäk. 1897) auf 52 Proc., bei Platzer (Centralbl. f. Gynäk. 1897) auf 53 Proc.

Von den 5 Kindern ,die intra partum abstarben, hätte sich der Tod des einen vielleicht vermeiden lassen, wenn damals (der Fall stammt aus dem 3. Jahrgange) der Hystereurynter genügend gefüllt worden wäre; so aber wurde die Extraction bei ungenügend erweitertem Muttermunde vorgenommen, wobei das Kind abstarb und dann erst nach Perforation des nachfolgenden Kopfes entwickelt wurde. Ein Kind starb in Folge von vorzeitiger Lösung der Placenta, ein drittes durch Verletzung foetaler Placentargefässe, 2 an Asphyxie, die einmal noch während der Hystereurynterlage, einmal erst längere Zeit nach dessen Ausstossung begann.

Die Einführung des Hystereurynters hat insofern bei der Plac. praevia etwas Besonderes, als man dabei die Eihüllen durchbohren muss, damit der Hystereurynter den vorliegenden Placentarlappen von oben gegen die Uteruswand drücken kann. Liegt die Placenta total vor, so dass man nicht zu den Eihäuten gelangen kann, so bleibt nichts übrig, als die Placenta selbst mit dem Finger oder einem stumpfen Instrument, einem Katheter oder einer Kornzange, zu durchbohren. Das bringt mitunter die Gefahr mit sich, dass dadurch grössere kindliche Gefässe zerrissen werden, wie das in dem oben erwähnten Falle geschehen ist. Trotzdem ein solcher Zufall recht bedauerlich ist, halte ich ihn nicht für einen hinreichenden Grund, das Verfahren zu misscreditiren. Man vergesse doch nicht, dass wir in der Hystereuryse ein Mittel besitzen, mit welchem wir, ohne die Mutter dabei in grössere Gefahr zu setzen, als bei der combinirten Wendung, einen energischen Versuch zur Rettung des Kindes machen, während die Anhänger der combinirten Wendung wenig oder gar nicht Rücksicht auf das Leben des Kindes nehmen, oder, wie Hofmeier es ausgedrückt hat, den Muth haben müssen, das Kind sterben zu lassen.

Man könnte dieser Fatalität dadurch zu entgehen suchen, dass man den Hystereurynter zwischen Uteruswand und Placenta legte, und das ist auch, freilich nicht mit dieser Ueberlegung, mehrfach ausgeführt worden. Aber man würde dabei von der Scylla in die Charybdis gerathen, denn dann können leicht grössere Flächen der Placenta abgelöst werden und das Kind, wie in dem einen oben erwähnten Falle, asphyktisch werden. Vor allen Dingen aber verzichtet der Operateur dabei auf die exacte Blutstillung, deren er bei der Einführung in die Eihöhle sicher ist. Placirt er nämlich den Ballon ausserhalb der Eihöhle, so kann es leicht zwischen Hystereurynter und Placenta bluten. Glücklicher Weise wurde dies nur einmal in unbedeutendem Maasse beobachtet. Man wird daher auch weiterhin immer die Placenta durchbohren und die geringe damit verbundene Gefahr dadurch zu vermeiden streben ,dass man nach dem Rathe von Riestner wie in der Leberchirurgie, stetig tastend, allen grösseren Gefässen aus dem Wege zu gehen versucht.

Das Resultat für die Mütter gestaltete sich ausserordentlich günstig. Nur eine Frau, die schon im Stadium der schwersten Anaemie übernommen wurde, starb eine halbe Stunde nach Beendigung der Geburt. In allen Fällen aber (mit Ausnahme des im vorigen Abschnitte angeführten, bei dem der Hystereurynter ausserhalb der Eihöhle lag) stand die Blutung prompt. Fast stets traten nach kurzer Zeit, nur selten nach längerem Zuwarten kräftige Wehen auf, und bei zweckentsprechender Füllung war der Muttermund stets für die eventuell nothwendige entbindende Operation genügend erweitert.

Aus einem besonderen Grunde noch ist das Verfahren für die Praxis gerade bei Placenta praevia zu empfehlen, weil es nämlich die Geburt zu jeder Zeit in Gang bringen kann, auch wenn der Cervixcanal durch Geburtsvorgänge noch nicht, oder nur sehr unbedeutend erweitert ist. Demjenigen praktischen Arzte, der die Hystereuryse nicht anwenden will, bleibt im Allgemeinen nichts weiter übrig, als zu warten, bis er die combinirte Wendung ausführen kann und bis dahin eventuell die Scheide mit Jodoformgaze zu tamponiren, ein Nothbehelf, der vom Standpunkte der Asepsis aus nicht einwandsfrei ist und zudem nicht immer die Blutung vollkommen zum Stehen bringt. In einer Klinik, wo jedem Falle eine sorgfältige Beobachtung gewidmet werden kann, mag man mit diesem Verfahren auskommen. Wie gefährlich und verantwortlich das aber in der allgemeinen Praxis auch heute noch ist, beweist eine Arbeit von Füth (Centralbl. f. Gynäk. 1898), in der er eine Statistik der Placentae praeviae des Koblenzer Kreises gibt und nachweist, dass dort von 50 Müttern 19 = 38 Proc. gestorben sind, und zwar 12 an Verblutung und 6 an Sepsis.

Erheblich seltener (nämlich 8 mal) als bei Placenta praevia erfolgte die Indicationsstellung zur Hystereuryse bei Querlagen mit unerweitertem Muttermund und vorzeitigem Wasserabfluss. Auch hier käme nach dem allgemein befolgten, z. B. im Lehrbuch von Runge angegebenen Grundsätzen nur die combinirte Wendung mit weiterem Spontanverlauf in Betracht. Ein 7. Fall beweist recht schön, wie zweifelhaft der Werth derselben gewesen wäre. Der Uterus befand sich nämlich in Dauercontraction. Erst längere Zeit, nachdem der Hystereurynter lag, besserte sich dieser Zustand um ein Geringes. Trotzdem fiel aber nach Ausstossung des Hystereurynters bei vollkommen erweitertem Muttermunde die Wendung einem erfahrenen poliklinischen Assistenten wegen der Reizbarkeit des Uterus ungemein schwer, so dass das Kind währenddessen abstarb. Selbst wenn ihm die combinirte Wendung unter diesen erschwerenden Verhältnissen gelungen wäre, was er selbst übrigens stark bezweifelte, hätte sie wegen des engen Muttermundes nicht das schonendere Verfahren für die Mutter dargestellt. In allen übrigen Fällen war nach der Hystereuryse die innere Wendung leicht ausführbar, die Extraction machte nie Schwierigkeiten und die Resultate für Mutter und Kind waren durchaus zufriedenstellend.

Einmal wurde der Hystereurynter eingeführt, nicht um die Wendung zu erleichtern, denn die Wendung war nicht indicirt, da es sich um eine todte, 7 monatliche Frucht handelte, sondern um die Geburt zu beschleunigen, nachdem während mehr als 4 stündiger Beobachtung die Schulter noch nicht tiefer getreten und der Muttermund noch nicht weiter geworden war. Bald nach Ausstossung der Gummiblase erfolgte die Geburt conduplicato corpore.

Eine weitere Indication bildete vollkommener Wehenmangel nach vorzeitigem Wasserabfluss. In Kliniken wird man allein auf diese Indication hin nur sehr selten die Geburt einleiten, denn eine unmittelbare Gefahr besteht ja weder für Mutter noch für Kind, da sich ohne Wehenthätigkeit keine Dehnungserscheinungen am Uterus und keine Störungen im Placentarkreislauf bilden können. Es sind ja auch zahlreiche Fälle bekannt, in denen ohne schädliche Folgen Tage und Wochen lang vor der Geburt das Fruchtwasser abgeflossen ist. Eine Infection wird sich, besonders bei Beschränkung der inneren Untersuchungen, immer vermeiden lassen. In der Praxis erfordert aber ein solcher Fall viel mehr Aufmerksamkeit, weil man nicht controliren kann, ob die Hebammen, wie sie das in ihrer Ungeduld vielfach thun, unnöthig häufige vaginale Explorationen vornehmen. Daher sind häufige und genaue Temperaturmessungen nothwendig, auch muss man durch Percussion die Bildung einer Physometra ausschliessen. Bei etwaiger Temperatursteigerung muss sofort die Geburt mittels Hystereurynter eingeleitet werden. Ja ich halte es unter diesen Umständen für vollkommen gerechtfertigt, wenn man die Geburt, auch ohne dass bedrohliche Symptome vorliegen, einige Tage nach dem Wasserabfluss einleitet, nicht in letzter Linie mit Rücksicht auf die Kreissende resp. Schwangere. Aus diesem Grunde wurde von uns die Geburt 4 mal eingeleitet mit sehr promptem und zufriedenstellendem Erfolge. 2 Gebuten verliefen spontan, 2 wurden auf weiterhin eintretende Indicationen hin operativ beendet.

Ausserdem wurde noch wegen anderer seltener vorkommender Geburtscomplicationen die Hystereuryse ausgeführt. Einmal handelte es sich um vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta bei einer Luetischen. Nachdem der Hystereurynter überraschend schnell ausgestossen worden war, wurde das in Querlage befindliche, todte Kind gewendet und extrahirt. Ein anderes Mal bestand hohes Fieber. Der Muttermund war noch fast geschlossen, es floss übelriechendes Fruchtwasser ab, der 7 monatliche Foetus war abgestorben. Die Geburt verlief nach der Hystereuryse spontan, das Fieber fiel bald ab. Einmal wurde wegen anhaltender Blutungen in der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt resp. der künstliche Abortus eingeleitet. Ferner wurde bei einer Fusslage mit markstückgrossem Muttermund und frühzeitig gesprungener Blase die Geburt durch Einführung des Hystereurynters beschleunigt, besonders mit Rücksicht auf den uraemischen Allgemeinzustand der Mutter. Die Geburt verlief danach völlig spontan, nach der Geburt der Placenta traten uraemisch-eklamptische Anfälle auf, ein Ereigniss, das gewiss

für die Berechtigung des Verfahrens spricht. Die Gelegenheit zur Hystereuryse bei Eklampsie hat sich zufällig in der Poliklinik nicht ergeben, da die verhältnissmässig wenigen Eklamptischen meist in die Klinik geschafft wurden. Sicherlich würde sich aber, wenn bei Eklampsie die Eröffnung des Muttermundes zögert, das Verfahren bewähren, wofür einige unserer klinischen Beobachtungen, sowie anderwärts gemachte Erfahrungen sprechen. Einmal wurde der Hystereurynter wegen Nabelschnurvorfalles bei engem Muttermunde eingeführt, um die digital reponirte Nabelschnur zurückzuhalten. Es gelang leider nicht, das Kind zu retten, trotzdem glaube ich aber, dass der Fall die Leistungsfähigkeit des Verfahrens beweist, denn es gelang durch dasselbe, das Kind, so lange der Hystereurynter lag, vor einer schweren Asphyxie zu bewahren. Dasselbe starb erst während der Wendung ab, die wegen einer Gesichtseinstellung nicht ganz leicht gelang. Jedenfalls muntert nicht nur dieser, sondern auch ein Fall, den Keilmann[2]) in seiner Habilitationsschrift veröffentlicht hat, zur Wiederholung in geeigneten Fällen auf. Bei demselben handelte es sich um das Vorliegen eines grossen Convoluts von Nabelschnurschlingen. Keilmann machte in Knieellenbogenlage die Hystereuryse (sc. unter Schonung der Blase). Daraufhin erholten sich die Herztöne. Da sich nach der Geburt des Hystereurynters die Nabelschnur von Neuem vorlegte, wurde die Wendung gemacht und ein asphyktisches, aber wiederbelebtes Kind extrahirt.

Des Weiteren möchte ich mir einige Bemerkungen über die Technik der Hystereuryse, wie sie bei uns gehandhabt wird, erlauben. Zwar bin ich mir bewusst, damit viel Bekanntes zu wiederholen, möchte es aber doch mit Rücksicht auf einige Modificationen, die von praktischer Bedeutung sind, nicht unterlassen.

Zunächst möchte ich mir eine Bemerkung zur Nomenclatur gestatten. Viele Autoren, z. B. auch Biermer, legen den Ballon nach Belieben bald in die Scheide, bald in den Uterus ein, nennen ihn aber nichtsdestoweniger stets Kolpeurynter. Da aber bei der Einführung in die Scheide sich eine Reihe von Uebelständen (ungenügende Erregung von Wehen, mangelhafte Erweiterung des Muttermundes, unvollkommene Blutstillung) bemerkbar macht, die bei der Einführung in den Uterus in Wegfall kommen, da überhaupt zwischen den verschiedenen Anwendungsweisen ein fundamentaler Unterschied besteht, ist es durchaus im Interesse der Sache, wenn man diesen Unterschied auch durch besondere Namen zum Ausdruck bringt. Wir nennen desshalb das Instrument stets Hystereurynter. Ich möchte daher den Autoren vorschlagen, um eine Fülle von Unklarheiten zu vermeiden, das Instrument nach seiner jeweiligen Verwendung zu benennen: Hystereurynter, Tracheleurynter, Kolpeurynter.

Wir benutzen das einfachste und billigste Modell, den Braun'schen Kolpeurynter, der mit einem 40—50 cm langen, nicht durch Hahn verschlossenen Schlauch versehen ist. Der Verschluss wird durch eine gewöhnliche Arterienklemme bewerkstelligt. Complicirtere Constructionen sind nicht handlicher, werden sich auch wohl desshalb nicht in die Praxis einführen, weil sie zu theuer sind (ein von Klien angegebener Apparat kostet 17.50 M.). Ferner gehört zum Instrumentarium eine grössere Stempelspritze und eine besonders zu diesem Zwecke construirte, mit einer Beckenkrümmung versehene Kolpeurynterzange mit glatten Branchen. Die Einführung gelingt zwar auch ohne grosse Schwierigkeiten mittels einer gewöhnlichen Kornzange, vielfach auch manuell, indessen empfindet man besonders bei hochstehender Portio die Beckenkrümmung der Zange als angenehme Erleichterung. Der Hystereurynter wurde in der Poliklinik stets unter Führung des Fingers, nie unter Leitung des Auges nach Einsetzen eines Rinnenspeculums eingelegt, was den Vortheil bietet, dass man keine Assistenz nöthig hat. Auch ein Anhaken der Portio war, da es sich meist um Mehrgebärende handelte und Spuren von Geburtsthätigkeit schon eine geringe Erweiterung der Cervix angebahnt hatten, niemals nothwendig.

Die Gummiblase muss vor ihrer Einführung auf ihre Dichtigkeit geprüft werden, dann wird sie in ihrer Längsrichtung mehrfach zusammengefaltet, damit sie ein möglichst geringes Volumen einnimmt und so in die Zange eingeklemmt, dass die Spitze derselben durch die Gummiblase gedeckt ist und keine Weichtheilverletzungen machen kann. Bemerken will ich hierbei, dass das Zusammenfalten besonders leicht gelingt, wenn man den Schlauch des vorher leer gedrückten Ballons zuklemmt. Beim Einführen schiebt man den Hystereurynter, event. unter mehrmaligem Nachgreifen mit der Zange so hoch wie möglich, jedenfalls mindestens so weit, dass ⅓—½ desselben oberhalb des noch nicht entfalteten Cervixtheils zu liegen kommen. Indem man dann den unteren Theil des Ballons mit dem Finger fixirt, lässt man von der Hebamme aufspritzen. Geschieht dieses genügend langsam, so gleitet stets auch der untere Theil des Hystereurynters in den eibergenden Raum.

Zur Füllung wurde in erster Zeit Lysol verwendet, später eine verdünnte Sublimatlösung von 1:5000 oder 1:10 000. Da man indessen immerhin mit dem Platzen des Hystereurynters rechnen muss, werden wir in Zukunft, wenn irgend möglich, abgekochtes Wasser benutzen.

Besondere Aufmerksamkeit verwende man auf die Menge der Füllung. Sie soll so gross sein, dass der Umfang des Ballons ungefähr demjenigen des Kindskopfes gleichkommt, also beim ausgetragenen Kinde 32 cm (fronto-occipitaler Kopfumfang, Ahlfeld) erreicht. Dazu genügt nach den Hahn'schen Berechnungen, die sich in der Arbeit von Keilmann finden, eine Füllung von weniger als 600 ccm (600 ccm Inhalt entsprechen 33 cm Umfang). Ist das Kind nicht ausgetragen, so kann man, individualisirend, die Füllung auf 500 oder 450 ccm herabsetzen. Weiter herunter gehe man nicht, weil dann die Erweiterung des Muttermundes unzureichend wird und man eventuell bei der Entwicklung des nachfolgenden Kopfes, wie in dem oben erwähnten Falle, Schwierigkeiten hat. Andererseits darf aber die Füllung 600 ccm nicht übersteigen.

Eine Vergrösserung des Umfanges über 33 cm hinaus ist zwecklos, zumal (s. Keilmann) jeder weitere Umfangszuwachs bei stärkerer Füllung nur durch Injection sehr grosser Flüssigkeitsmengen zu erzielen ist. Damit stellt man aber an die Gummiblase zu hohe mechanische Anforderungen und riskirt, dass sie platzt. Nur aus diesem Grunde ist einem Assistenten in früherer Zeit, als wir uns über die zweckmässige Menge der Füllung noch nicht klar waren, der Ballon zweimal geplatzt. Ferner erhöht man durch die maximale Auftreibung durchaus nicht immer die wehenerregende Wirkung. Wenigstens ist mir ein Fall von künstlicher Frühgeburt in Erinnerung, bei welchem auch ziemlich stark aufgespritzt war und über 24 Stunden lang, abgesehen von einigen schwachen schmerzlosen Contractionen, keine Wehen auftraten; prompt, nachdem man ein gewisses Quantum der Füllung abgelassen hatte, setzten kräftige Wehen ein, die den Hystereurynter nach wenigen Stunden austrieben. Vielleicht ist das so zu erklären, dass der ad maximum gespannte Ballon nur die Kugelform beibehalten kann und sich mit seinem unteren Pol nicht der in Entfaltung begriffenen Cervix anschmiegt, also auch nicht im Stande ist, durch Druck auf die paracervicalen Ganglien Wehen auszulösen.

Nachdem der Hystereurynter placirt und die Frau wieder in's Längsbett zurückgelegt ist, wird an den Schlauch eine Schnur befestigt, diese über das Ende des Bettes gelegt, nun mit einem geringen Gewichte beschwert — wir benutzten faute de mieux eine halbgefüllte oder leere Bierflasche (= 700 resp. 450 g). Jeder stärkere Zug ist bei uns verpönt. Denn wir wollen nicht, wie es Biermer in seinem Schlusssatz empfiehlt, die Entbindung forciren und den Muttermund in möglichst kurzer Zeit grob mechanisch erweitern. Auf eine schnelle, forcirte Erweiterung konnten wir in allen Fällen verzichten, selbst bei Plac. praevia.

Wir wollen bei der Hystereuryse so weit wie möglich physiologische Vorgänge nachahmen, durch den Druck der Gummiblase auf den oberen Cervixabschnitt regelmässig aufeinanderfolgende Wehen anregen, ebenso wie es am Ende der Gravidität der durch das Wachsthum des Eies und durch die Straffheit der Bauchdecken tiefer tretende Kopf thut, wir wollen auch die Erweiterung des Cervixrestes der Wehenthätigkeit überlassen. Um das zu erreichen, genügt aber ein minimaler Zug, der gerade hinreicht, den Hystereurynter auf den (unteren) oberen Cervixabschnitt zu fixiren und den Ansatzschlauch stets gespannt zu erhalten. Ein starker event. gar manueller Zug, wie er von Vielen ausgeführt wird, kann recht erhebliche Complicationen zur Folge haben. Zunächst kann sehr leicht der Schlauch an seinem Ansatzstück abreissen. Zweitens erzielt man damit

[2]) Alexander Keilmann: Klinisch-experimentelle Beobachtungen über künstliche Erregung von Geburtswehen. Breslau 1898.

durchaus nicht sicher eine genügende Erweiterung des Muttermundes, weil sich nämlich, wie es Gerich genau beschreibt, der Hystereurynter bei starkem Zuge wurstförmig auszieht. Desshalb war in dem einen von Gerich veröffentlichten Falle der Muttermund trotz einer recht erheblichen Füllung (800 ccm) nach dem Durchziehen des Ballons erst für eine Hand zugängig; bei der trotzdessen gemachten Wendung und Extraction entstand ein Cervixriss. Vor allen Dingen aber erregt man beim gewaltsamen Durchziehen keine geordneten Wehen. Dieser Nachtheil lässt sich ja schliesslich bis zur Geburt des Kindes noch in Kauf nehmen: Ist die Entbindung indicirt und kann der Uterus das Kind nicht austreiben, so kann es doch der Geburtshelfer, wenn es nur der Muttermund gestattet, am Kopf oder Fuss herausziehen. Um so übler ist er dafür in der Nachgeburtsperiode daran, in welcher er ganz auf die Wehenthätigkeit angewiesen ist. Desshalb hat auch Gerich in seinen 5 Fällen immer Nachgeburtsstörungen gehabt, 3 leichtere und 2 schwere. Wir haben Atonien in der Nachgeburtsperiode eigentlich nicht erlebt. Allerdings ist unter den 35 Fällen 4 mal die manuelle Placentarlösung ausgeführt worden. Indess bestand in allen diesen Fällen Placenta praevia, also eine Anomalie, bei welcher in Folge der Rareficirung der Muskelelemente im unteren Uterusabschnitte durch die reichliche Gefässentwickelung sehr leicht Störungen in der Nachgeburtsperiode eintreten, ganz abgesehen davon, dass wegen der vorher schon bestehenden Anaemie eine vitale Indication zur manuellen Lösung viel eher als in anderen Fällen eintritt. — In einem Falle wurde nach vollständiger Beendigung der — übrigens ganz spontan verlaufenen — Geburt eine geringe Nachblutung beobachtet, die indess nach Darreichung von Cornutin und sanfter Uterusmassage schnell gestillt wurde.

Ferner möchte ich noch kurz auf einige meist nicht schwerwiegende Einwände eingehen, die der Hystereuryse hie und da gemacht worden sind. — Die Maassnahmen bei derselben sind von den gewöhnlichen geburtshilflichen Verfahren etwas abweichend, und der Kreissenden und der Hebamme ungewohnt, so dass ich die Vermuthung gehört habe, mancher Arzt könnte möglicher Weise aus diesem Grunde von der Hystereuryse Abstand nehmen. Wir können aber im Gegentheil bestätigen, dass Hebammen und Kreissende schnell in ein freudiges Erstaunen gerathen, wenn sie merken, wie gut der Versuch „künstliche Wehen einzusetzen" gelungen ist.

Eher mag Mancher auf die Methode verzichten, weil er fürchtet, es könnte bis zur Geburt des Hystereurynters zu viel Zeit verstreichen. Biermer hebt desshalb in seinem Vorwort, indem er implicite die Berechtigung eines derartigen Einwandes zugesteht und an die Geduld des praktischen Arztes appellirt, gegenüber diesem Misstand die mannigfachen Vortheile des Verfahrens um so dringlicher hervor. Diejenigen, welche trotzdem noch diesen Uebelstand als zu lästig erachten, möchte ich nochmals darauf aufmerksam machen, dass ⅔ von Biermer's Material sich aus künstlichen Frühgeburten recrutiren, es handelte sich also um Frauen, bei denen noch keine Geburtsvorgänge aufgetreten waren, um Schwangere. In den Fällen aber, die der praktische Arzt in erster Linie mit der Hystereuryse behandelt, werden meist schon, wie bei der grossen Mehrzahl der unsrigen, die ersten Eröffnungswehen ihre Arbeit gethan und den während der Schwangerschaft nicht zum eibergenden Raum benutzten Cervixtheil bis auf einen mehr oder minder kleinen Rest aufgebraucht haben; man hat also eine Kreissende vor sich und bei dieser hat aber der Hystereurynter naturgemäss weniger Arbeit zu leisten und wirkt dementsprechend schneller. Die Durchschnittszeit, die in unseren Fällen bis zu seiner Ausstossung verstrich, betrug 3½ Stunden. Seine Wirkung war meist eine sehr prompte. Während vorher in der Regel nur objectiv einige leichte, nicht schmerzhafte Uteruscontractionen wahrgenommen wurden, traten bei der Hälfte der Fälle schon beim Umlegen der Frau in's Längsbett, oder doch innerhalb der ersten ¼ Stunde, spätestens aber — mit wenigen Ausnahmen — innerhalb der ersten Stunde kräftige, schmerzhafte Wehen auf, die mit dem Tiefertreten des Hystereurynters schliesslich den Charakter der Druckwehen annahmen. In der Mehrzahl der Fälle geschah die Ausstossung sogar schon 2 Stunden nach der Einführung. Diese Zeit bei einer Kreissenden, die sich durch Placenta praevia in Lebensgefahr befindet, zuzubringen, wird gewiss Niemanden reuen, zumal man sie dazu benutzen kann, um die anaemische Frau wieder zu kräftigen. Hat jedoch der Arzt die Hystereuryse bei Wehenmangel und bei Querlagen ausgeführt, so kann er sich getrost, nachdem er den Weheneintritt constatirt hat, entfernen und seinen sonstigen Geschäften nachgehen, bis er von der Geburt des Hystereurynters benachrichtigt wird.

(Schluss folgt.)

Aus der Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Ohrenkranke in Bonn.

Ueber Spätdiphtherie im Nasenrachenraum.*)

Von Privatdocent Dr. Eschweiler.

Von den diphtheritischen Erkrankungen der oberen Luftwege ist die isolirte Spätdiphtherie des Nasenrachenraums selten Gegenstand der Besprechung gewesen. Ich hatte Gelegenheit, im Januar dieses Jahres einen einschlägigen Fall in der Poliklinik zu beobachten, dessen Krankengeschichte folgende ist:

Am 22. Jan. brachte eine Mutter ihr dreijähriges Töchterchen zur Klinik und gab an, dass dasselbe schon seit mehreren Tagen über Halsschmerzen klage. Vor einer Woche habe es Diphtherie überstanden. Der Hausarzt sei am 25. Dec. zum letzten Male bei dem Kinde gewesen und habe dasselbe für geheilt erklärt. Eine Heilseruminjection sei nicht gemacht worden. Bei der Untersuchung des ganz munteren und nicht fiebernden Kindes ergab sich nur eine leichte Röthung des Pharynx und der Gaumenmandeln, von denen die rechte in mittlerem Grade vergrössert war. Die Rhinoskopia anterior ergab normale Verhältnisse; es war nicht möglich, bis in den Nasenrachenraum hinein zu sehen. Die Rhinoskopia posterior gelang, wie gewöhnlich bei so kleinen Kindern, nicht. Da eine Wiederansiedelung von Diphtheriebacillen im Nasenrachenraum möglich war, unterliess ich die digitale Untersuchung des Cavum pharyngo-nasale. Im Uebrigen aber neigte ich mehr zu der Ansicht, dass es sich um katarrhalische Residuen der Angina diphtheritica handle und verordnete Priessnitz'schen Umschlag und Trinken warmer Getränke.

Nach zwei Tagen kam die Mutter mit dem Kinde wieder und erzählte, dass am Abend vorher plötzlich Ausfluss aus der Nase entstanden sei.

Es zeigte sich, dass nur aus dem rechten Nasenloch schleimig-eitriges Secret entleert wurde. Nach Auswischen des Nasenvorhofs bemerkte man eine dicke gelblich-weisse Membran zwischen unterer Muschel und Septum eingeklemmt. Die linke Nasenhälfte war ganz frei. Im Rachen war derselbe Befund, wie am ersten Beobachtungstage. Die Diagnose schwankte jetzt zwischen drei Möglichkeiten: erstens konnte es sich um einen Fremdkörper in der Nase handeln. Dafür sprach die einseitige Eiterung mit Bildung membranöser Auflagerungen. Dagegen sprach der Untersuchungsbefund von vorgestern, der die rechte Nasenseite frei ergeben hatte — in so kurzer Zeit ruft ein Fremdkörper selten eine starke reactive Entzündung hervor. Zweitens konnte Nasendiphtherie bestehen und zwar eine spät auftretende secundäre Diphtherie, oder endlich konnte eine diphtherische Membran, die im Nasenrachenraum gesessen hatte, in die Nase entleert und dort festgehalten worden sein.

Zur Diagnosenstellung führte ich eine sterile Cürette bei sorgfältiger Fixation des Kopfes durch den mittleren Nasengang nach hinten und versuchte die Membran herauszuholen. Ein grösseres Stück von ihr blieb in der Cürette hängen und wurde in sterilem Röhrchen zum hygienischen Institut geschickt. Bei der Manipulation in der Nase des Kindes floss kein Tropfen Blut. Nachdem Aristol in die Nase eingeblasen war, wurde das Kind entlassen. Bei der Untersuchung am nächsten Tage war der Befund fast derselbe. Ich spülte nun mit Hilfe der mit 5 proc. Borsäurelösung gefüllten Ballonspritze die Nase aus, indem ich die Olive des Ballons in's linke Nasenloch einsetzte, so dass der Wasserstrahl aus dem rechten austrat, natürlich unter sehr geringem Druck, um ein Eindringen des Wassers in die Tuben zu verhüten. Dabei entleerten sich Membranfetzen, Schleim und Eiter. Nachdem auf dieselbe Weise am folgenden Tag der Rest der Membran entfernt war, blieb die Nase frei von pathologischem Secret und Inhalt.

Die bacteriologische Untersuchung des entfernten Membranstückes nahm Herr Dr. Weissenfeld, Assistent am hygienischen Institut vor; er hatte die Liebenswürdigkeit, mir mitzutheilen, dass im Deckglaspräparat sich Bacillen fanden, welche als kleine Diphtheriebacillen angesprochen werden mussten. Beim Culturverfahren wuchsen auf der Platte Culturen von echten Diphtheriebacillen, die sich beim Impfversuch als virulent erwiesen. 1 ccm der Bouilloncultur tödtete Meerschweinchen in 30 Stunden.

Ich glaube in diesem Falle die Diagnose: Spätdiphtherie im Nasenrachenraum stellen zu dürfen. Das Erscheinen einer diphtheritischen Membran in der Nase wird darauf zurückzuführen sein, dass sie aus dem Nasenrachenraum in die Nase hineingeschnaubt wurde und dort liegen blieb. Gegen eine wahre Diphtherie der Nase spricht die Einseitigkeit der Affection, ferner das plötzliche Eintreten und Verschwinden der Nasensymptome und besonders die so leicht gelingende, selbst bei instrumenteller Manipulation unblutige Entfernung der Membran.

*) Nach einem in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag.

Die isolirte Diphtherie im Nasenrachenraum und zwar sowohl die acute als auch die chronische ist sicher viel häufiger, als den wenigen in der Literatur mitgetheilten Fällen entspricht. Es liegt dies daran, dass bei der Schwierigkeit, isolirte Erkrankungen im Nasenrachenraum kleiner Kinder nachzuweisen, die Diagnose: Diphtherie nicht gestellt wird, oder dass die Diphtherie erst manifest wird, wenn secundäre Erkrankungen vom Nasenrachenraum ausgehen, die dann als primäre Diphtherie angesehen werden. Vielfach wird der Nasopharynx, auch wo es möglich ist, überhaupt nicht untersucht. Mit Unrecht, denn es liegt auf der Hand, dass die dritte Mandel, die Pharynxtonsille, ebenso an Diphtherie erkranken kann, wie die Gaumenmandeln, und dass die Erkrankung auf den Nasenrachenraum beschränkt bleiben kann. Sicher würden manche Fälle von Fieber ohne nachweisbare Ursache, hartnäckige Rhinitiden, Lähmungen diphtherischer Art ohne constatirte Diphtherie, endlich manche schwer verlaufende und zu grossen Zerstörungen führende Mittelohreiterungen in ihrer Entstehung klar sein, wenn eventuell ein Nachweis von isolirter Rachenmandeldiphtherie erbracht worden wäre.

Wahrscheinlich sind eine grosse Zahl von sogen. primärer Rhinitis fibrinosa diphtheritica nicht in der Nase entstanden, sondern im Nasenrachenraum. Wenn wie in unserem Falle die Membranen in die Nase entleert werden, so kann natürlich sehr leicht eine diphtheritische Rhinitis zu Stande kommen.

Besonders die einseitige diphtherische Rhinitis möchte ich hierhin rechnen.

Mit den bisher gemachten Erfahrungen über chronische, resp. spät wieder exacerbirende Diphtherie der oberen Luftwege stimmt unser Fall in den wesentlichen Punkten überein. Zunächst in der langen Dauer der Erkrankung vom ersten Auftreten bis zur endgiltigen Heilung. Viel citirt wird der Fall von Cadet de Gassicourt[1]), wo 61 Tage nach der Tracheotomie noch Membranen ausgehustet wurden. Auch von Walb[2]) sind Fälle beschrieben, wo noch wochenlang diphtherische Membranen aus dem Nasenrachenraum entfernt wurden. Häufiger als eine solche Dauerproduction von Membranen ist die Tenacität der Bacillen betont worden. Vielleicht hat in diesen Fällen Membranbildung im Nasenrachenraum bestanden, von wo aus der Rachenschleim immer wieder mit Bacillen beschickt wurde. Für diese Annahme spricht unter anderm der von Abel[3]) erhobene Befund, dass nach Schwinden der Membranbildung bei primärer Rhinitis fibrinosa diphtheritica auch in kurzer Zeit die Bacillen nicht mehr nachweisbar waren. In unserem Falle wurden 10 Tage nach Entfernung der Membran im Nasenschleim keine Diphtheriebacillen mehr gefunden. Es würde interessant sein, durch locale Behandlung des Nasopharynx nach scheinbar abgelaufener Diphtherie festzustellen, ob nicht auf diese Weise ein früheres Verschwinden der Diphtheriebacillen aus Nase und Rachen sich erzielen liesse.

Endlich ist bei der Spätdiphtherie in der Regel das Allgemeinbefinden der Patienten wenig gestört. Auch im vorliegenden Fall war die Kleine ganz munter und fieberfrei. Es handelt sich offenbar um eine Gewöhnung des Organismus an das Diphtheriegift, um eine relative Immunität des Individuums, nicht aber immer um eine Abschwächung der Virulenz der Bacillen. Manche Autoren haben zwar eine gewisse Herabsetzung der Virulenz gefunden — bei Gerber und Podack[4]), denen wir sehr sorgfältige Untersuchungen verdanken, starben die geimpften Meerschweinchen meist nach mehr als 30 Stunden, oft nach mehr als 3 Tagen — in unserem Falle erfolgte der Tod der Thiere nach 30 Stunden.

Uebrigens verlaufen nicht alle Fälle so günstig. Es kann besonders bei Constitutionsanomalien der Patienten nicht nur schwere Störung des Allgemeinbefindens, sondern auch eine sehr ausgedehnte Ulcerirung im Nasenrachenraum entstehen, die lange Zeit hindurch jeder Therapie trotzt und endlich mit Hinterlassung grosser Narben und Defecte heilt. Derartige, auf den nicht direct sichtbaren Pharynx beschränkte Erkrankungen an Spätdiphtherie sind zuerst von Walb[5]) publicirt worden. Mit der im Thierexperiment constatirten Virulenz ist erwiesen, dass eine Uebertragung der Spätdiphtherie auf andere möglich ist. Auch in diesem Falle liess sich hierfür der Beweis erbringen, denn die Mutter unserer Patientin gab nachträglich an, dass sie zur Klinik gekommen sei, als ihr Söhnchen, welches bis dahin von seiner Schwester getrennt gewesen sei und eben erst wieder in einem Bett mit ihr geschlafen habe, auch an Rachendiphtherie erkrankt sei.

Das Factum von der Erhaltung giftiger Bacillen so lange Zeit hindurch mahnt auf's Dringendste zu grosser Vorsicht betreffs Isolirung der erkrankten Kinder. Hier hatte die Mutter geglaubt, nach 4 Wochen sei die Gefahr der Ansteckung vorbei und dennoch fand eine solche statt. Die Forderung einer mindestens 4 wöchigen Isolirung, wie sie z. B. von Henoch[6]) gestellt wird, ist also noch nicht streng genug.

Als unterstützendes Moment für das Auftreten der Spätdiphtherie glaube ich in unserem Falle die adenoiden Vegetationen betrachten zu dürfen, welche ich nach dem Verschwinden aller acuten Symptome durch Digitaluntersuchung nachwies. Das Kind hat im Nasenrachenraum einen vielfach zerklüfteten Zapfen von adenoidem Gewebe, der sicher besonders geeignet ist, den Diphtheriebacillen einen ungestörten langen Aufenthalt zu erlauben.

Therapeutisch empfehlen sich bei der chronischen Nasenrachendiphtherie vorsichtige Ausspülungen des Nasopharynx mit der Ballonspritze auf die angegebene Weise. Nur der Arzt darf dieselbe vornehmen, da die Bemessung des Wasserdrucks viel Geschick erfordert, um ein Eindringen der Flüssigkeit in Tube und Mittelohr zu verhüten. Wer sich nicht durchaus sicher im Gebrauch der Ballonspritze weiss, nehme lieber einen das Nasenloch nicht verschliessenden Ansatz an Stelle der Olive. Auch der Irrigator darf unter keinen Umständen den Angehörigen des erkrankten Kindes in die Hand gegeben werden.

Zur Spülflüssigkeit kann ein mildes Antisepticum, z. B. Borsäure, verwendet werden. Die Hauptrolle spielt natürlich die mechanische Entfernung der Auflagerungen. Wenn die Kinder gurgeln können, so ist es zweckmässig, auch gurgeln zu lassen, denn bei Anwesenheit von diphtherischen Membranen im Nasenrachenraum wird auch die Gegend der Gaumenmandeln stets von bacillenhaltigem Secret erfüllt sein. Besser noch als Gurgeln wirkt die Anwendung des Zerstäubers, der besonders ausgiebig bei kleinen, nicht gurgelnden Kindern zu brauchen ist.

Wie man sich gegenüber der Serumtherapie bei chronischer Diphtherie verhalten soll, möchte ich weder im befürwortenden, noch im verwerfenden Sinne entscheiden. Da eine gewisse Immunität des Organismus gegen das Diphtheriegift besteht, so kann eingewendet werden, dass die künstliche Immunisirung nicht mehr nöthig sei. Andererseits ist von der Injection, so lange Bildung von Membranen besteht, auf die rasche Abstossung derselben ein ähnlich günstiger Einfluss zu erhoffen, wie er bei der acuten Diphtherie so oft beobachtet wird. Von Fall zu Fall wird man sich entscheiden müssen.

Nach Abheilung des acuten Processes und nach Verschwinden der Bacillen aus Nase und Rachen ist die Entfernung der adenoiden Vegetationen indicirt, besonders auch um eine Wiedererkrankung an Diphtherie zu verhüten. Der besprochene Fall möge daran erinnern, dass die Hyperplasie der Rachenmandel nicht nur dann als eine Schädlichkeit betrachtet werden darf, wenn sie Nasenstenose oder Gehörleiden veranlasst, sondern dass auch zu prophylaktischen Zwecken die ungefährliche Operation vorgenommen werden soll.

[1]) Gazette hebdomad. de méd. et de chirurgie 1876, citirt nach Gerber und Podack.

[2]) Ueber chronische Diphtheritis des Rachens. Berl. klin. Wochenschr. 1882, No. 50.

[3]) Zur Kenntniss des Diphtheriebacillus. Deutsch. med. Wochenschr. 1894, S. 692.

[4]) Ueber die Beziehungen der sogenannten primären Rhinitis fibrinosa u. s. w. zum Diphtheriebacillus. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin 1895, Bd. 54, S. 262.

[5]) l. c.

[6]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 9. Aufl., 1897.

Aus der Dr. Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg, Abtheilung für Unfallverletzte.

Zur Casuistik der Sehnenzerreissungen.

Von Oscar Vulpius.

Die subcutanen Zerreissungen, resp. Abreissungen von Sehnen sind in neuerer Zeit häufiger beschrieben worden, sind aber doch nicht gerade alltägliche Vorkommnisse.

Im Lauf der letzten 3 Jahre gingen unserer Anstalt 7 solche

Fälle zu, von denen zunächst 2 die Streckmusculatur des Vorderarmes, 1 die Strecker am Unterschenkel betrafen.

Die Zerreissungen entstanden hier durch Einwirkung stumpfer Gewalt, bedingten schwere functionelle Störungen, boten aber im Uebrigen kein besonderes Interesse.

Zwei weitere Verletzte zeigten eine Abreissung der langen Bicepssehne. Bei dem einen derselben war das Bild so charakteristisch, dass ich es hier wiedergeben möchte.

Ein 64 Jahre alter Schiffstaglöhner war mir wegen der Folgen einer anderweitigen Verletzung zur Begutachtung überwiesen.

Als bei ihm zufällig die Bicepsruptur entdeckt wurde, gab er an, dass er vor 2—3 Jahren ohne bekannte Ursache Schmerzen im linken Arm verspürt habe und dass er vorübergehend beim Aus- und Anziehen etwas gehindert gewesen sei. Er habe aber bald wieder arbeiten können wie vorher und sei nur durch die Verdickung gelegentlich daran erinnert worden, dass am Arm etwas nicht ganz in Ordnung ist.



Fig. 1.

Wenn der linke Arm ruhig herabhängt, so bemerkt man oberhalb des Muskelbauches des Biceps eine Delle, die rechts fehlt. Dieselbe wird bei passiver Beugung des Ellbogens noch deutlicher.

Wird eine active kräftige Contraction des Muskels gemacht, so windet sich derselbe eigenthümlich wie ein Wurm und nimmt die wurstförmige Gestalt an, wie die Fig. 1 sie zeigt.

Die Palpation lässt erkennen, dass die lange Bicepssehne fehlt, während der kurze Bauch sich anspannt. Der Muskelbauch hat sich offenbar von der Sehne gelöst und ist am Oberarm herabgerutscht.

Auffallend ist die fast symptomlose Entstehung der Verletzung, die keinerlei functionelle Störungen hinterliess.

Während diese Zerreissungen des Biceps schon öfters beschrieben worden sind, dürfte die bei unserem 6. Patienten constatirte Verletzung des Latissimus eine seltene Localisation darstellen.

Der 32 Jahre alte Mann wollte beim Turnen am Barren die sogen. Kippe ausführen. Bei dieser Uebung muss der Aufschwung vom Boden aus mit vorgestreckten Armen gemacht werden. Der Latissimus hat dabei, während er passiv gedehnt ist, eine sehr energische Contraction zu machen. Im Moment des Schwunges fühlte der Turner einen hörbaren Krach, „als ob sein Hemd zerreisse", dann mässigen Schmerz. Als der musculöse Verletzte nach 3 Wochen zur Untersuchung kam, war der Muskel angeschwollen, kaum druckempfindlich. Bei der Contraction rollte er sich in seiner äusseren Hälfte geradezu kugelig zusammen, der Contractionswulst rückte weit nach unten, die Lücke in der hinteren Axillarwand war sehr auffallend.

Eine functionelle Störung war so gut wie nicht vorhanden. Der Zustand ist seit einem Jahre unverändert geblieben.

Die eigentliche Veranlassung zu dieser Mittheilung bildete indessen der nunmehr genauer zu schildernde 7. Fall, der eine doppelseitige Abreissung der Quadricepssehne am oberen Rand der Patella darstellt.

Der beim Eintritt in unsere Anstalt 66 Jahre alte Fuhrwerksbesitzer F. war immer gesund und ein ungewöhnlich rüstiger Fussgänger gewesen.

Bis vor einigen Jahren will er neben seinem Lastwagen herschreitend Touren von 10—20 Stunden regelmässig gemacht haben. Vor 5 Jahren stieg er eine kleine Treppe hinunter, that dabei mit dem rechten Fuss einen ungeschickten Tritt, fühlte ein Krachen im Kniegelenk und brach zusammen, als er sich beim nächsten Schritt wieder auf das Bein stützen wollte.

Das stark geschwollene Gelenk wurde mit Umschlägen behandelt. Nach einigen Wochen nahm er allmählich wieder die Arbeit auf. Die Gehfähigkeit besserte sich sehr, wenn auch etwas Hinken zurückblieb. Er konnte wieder ca. 6 Stunden nacheinander gehen, Frachtgut abladen u. s. w.

Am 8. VI. 1897 hatte er wieder einen 6 stündigen Marsch gemacht. Abends stürzte er plötzlich beim ruhigen Gehen auf ebenem Boden zusammen.

Nun schwoll das linke Kniegelenk an, er vermochte nicht mehr zu stehen.

Als er am 7. Tage nach der Verletzung in meine Behandlung kam, liess sich bei dem kräftig gebauten, aber fettarmen Manne folgender Befund feststellen:

Der rechte Oberschenkel erscheint abgemagert. Die Kniescheibe prominirt stark mit ihrem oberen Rand (vgl. Fig. 2), darüber liegt eine tiefe Furche, deren Grund das Femur bildet.



Fig. 2.

Der Unterschenkel kann activ bis 150° gestreckt werden, wobei der abgerissene untere Rand des Quadriceps 3 Querfinger über der Kniescheibe fühlbar wird.

Dicke Fascienstränge — der Reservestreckapparat — springen beiderseits mächtig vor.

Bei der Beugung des Kniegelenkes sieht man die Condylen des Femur, die Fossa intercondylica bis zu den Kreuzbändern geradezu durch die straff angespannte Haut hindurch, die Patella rückt weit abwärts.

Das linke Kniegelenk, dessen Haut sich stellenweise blutunterlaufen zeigt, ist durch einen Erguss stark geschwollen. Man fühlt, dass auch auf dieser Seite der Quadriceps dicht an der Patella abgerissen, aber nur um Fingerbreite zurückgewichen ist. Active Streckung ist völlig unmöglich. Bei der Beugung vergrössert sich die Diastase sehr beträchtlich, so dass 3 Querfinger in der Lücke Platz finden, wobei man deutlich das verdickte freie Ende des Muskels resp. der Sehne fühlt.

Am 9. Tage nach der Verletzung wurde zur Operation geschritten. Von einem Längsschnitt aus wird die Rissstelle freigelegt. Es zeigt sich nach Entleerung des blutigen Ergusses ein Querriss dicht an der Basis der Kniescheibe, aber von da aus auch nach beiden Seiten die Gelenkkapsel durchsetzend, so dass das Gelenk in der Hälfte seiner Peripherie eröffnet ist.

Die abgerissene Quadricepssehne zeigt einen unregelmässig zerfetzten Rand und namentlich auf ihrer Innenfläche eine geradezu schwefelgelbe Verfärbung als Ausdruck hochgradiger fettiger Degeneration. Nach erfolgter Reinigung der Gelenkhöhle wird die Gelenkkapsel mit einer Reihe von Catgutnähten geschlossen und mit starkem Catgut die Quadricepssehne mit dem Periost der Patella und zurückgebliebenen sehnigen Antheilen fest vernäht.

Die Hautwunde wird mit Silkworm vereinigt. Die Heilung erfolgte unter dem sofort in Streckstellung angelegten Gipsverband reactionslos.

Nach 4 Wochen fing Patient in einem inzwischen construirten Schienenhülsenapparat zu gehen an.

Nachdem er noch einige Tage massirt worden war, ging er nach Hause.

Ich habe 1¾ Jahre später Gelegenheit gehabt, eine Nachuntersuchung vorzunehmen, und erfahre jetzt, dass der Zustand auch heute noch ein unverändert günstiger ist.

Der Apparat wurde zu Hause bald bei Seite gelegt, die Berufsthätigkeit wieder aufgenommen. Der Mann hat kaum mehr Beschwerden, er geht wieder andauernd, steigt behende auf den Bock u. s. w.

Die Naht hat durchaus gehalten, das Kniegelenk ist völlig frei und kräftig beweglich sowohl in Beugung wie in Streckung und zeigt ausser der unbedeutenden Incisionsnarbe keine Abnormität.

Der Fall ist in verschiedener Hinsicht nicht ohne Interesse.

Was zunächst die Aetiologie angeht, so ist hierüber nicht allzu viel bekannt, abgesehen von den wenigen Fällen, wo eine directe Gewalt die Sehne trennte. Die Einen glauben, dass die Zerreissung im Kniestreckapparat und speciell die Localisation des Risses am Ligament, innerhalb der Patella oder an der Sehne durch die Zugrichtung im Moment der Verletzung, durch Hebelwirkung u. dergl. zu erklären ist. Andere halten nicht dafür, dass willkürliche Muskelcontraction an und für sich eine Ruptur erzeugen kann.

Anhaltspunkte für einen krankhaften Zustand des Streckapparates, der die Zerreissung begünstigen könnte, sind selten gefunden worden. Maydl beobachtete 1 mal fettige Degeneration, Hafemann constatirte 2 mal Tabes.

Köhl und Wunsch sahen Knorpelkörper in die Sehne eingelagert. Ersterer fand ausser 3 soliden Einlagerungen einen analogen freien Gelenkkörper und nahm eine chronische Arthritis als Ursache an. Wunsch constatirte die Knorpel-

bildung beiderseits und diagnosticirte mit Wahrscheinlichkeit eine Exostosis tendinea.

In unserem Falle handelte es sich unzweifelhaft um eine sehr erhebliche fettige Degeneration. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Sehnenstückchens stützte diese Diagnose. Es liegt nahe, diese Entartung auf die langjährige und ausserordentliche Ueberanstrengung der Beinmuskeln zu beziehen, da der Mann ja als Fussgänger geradezu unermüdlich gewesen zu sein scheint. Dafür spricht auch die Art der Entstehung: Beim ersten Einriss ein unbedeutendes Fehltreten, beim zweiten keine andere Ursache als ruhiges Gehen auf glattem Boden, also normale functionelle Inanspruchnahme der Sehne.

Der Rückschluss ist somit wohl erlaubt, dass bei Fällen, wo ohne Trauma die Abreissung eintrat, wohl eine ähnliche Degeneration vorgelegen haben mag, so z. B. bei einem von Maydl erwähnten Patienten, dem beide Sehnen durchrissen, während er ruhig auf einer Treppe stand.

Die Abreissung der Sehne direct an der Patella, wie in unserm Falle, scheint die häufigste Localisation des Quadricepssehnenrisses darzustellen. Walz fand sie unter 67 Fällen 25 mal am Patellarrand, 13 mal dicht darüber, nur 12 mal im Verlauf der Sehne höher oben.

Dass die Verletzung doppelseitig zu Stande kam, wie bei unserem Patienten, ist ziemlich selten mitgetheilt worden, den 11 derartigen von Walz in der Literatur gesammelten Fällen wäre ausser dem meinigen auch ein Patient von Championnière beizufügen. Gelegentlich tritt die Ruptur gleichzeitig an beiden Beinen ein, wie bei dem oben erwähnten Kranken Maydl's, manchmal erfolgt die Zerreissung auf der anderen Seite erst nach Jahren, bei unserer Beobachtung nach 5 jährigem Intervall, bei einem von Hafemann citirten Fall erst nach 6 Jahren.

Das Krankheitsbild ist so charakteristisch, dass ein Verkennen kaum möglich ist, namentlich wenn ein blutiger Gelenkerguss nicht oder in geringem Maass entstanden oder bereits zurückgegangen ist.

Die Lücke über der Patella, die mehr weniger breit den Finger direct auf das Femur gelangen lässt, das kolbig verdickte und bei der Contraction sich hinaufziehende freie Sehnenende, die prominirende Patella, und, was Riedinger als charakteristisch hervorhebt, das Hervortreten der Facies patellaris bei der Beugung, endlich die Unfähigkeit der activen Streckung — diese Reihe von Symptomen springt sofort in dei Augen.

Die Prognose hängt, wie Wunsch sagt und wie unser Fall beweist, davon ab, wie weit der Riss sich nach beiden Seiten hin ausdehnt und den sogenannten Reservestreckapparat, die lateralen Fascienstränge, die sehnigen Ausläufer des Vastus medialis und lateralis in Mitleidenschaft zieht. Bei unserem Patienten war die erste Verletzung eine auf die Rectussehne beschränkte, die Function des Kniegelenkes stellte sich in genügender Weise wieder her, ebenso wie dies von manchen Fällen in der Literatur berichtet wird.

Reisst die seitliche Kapselwand nicht ein, so bleibt auch die Diastase der Sehne meist eine geringe. eine spontane Heilung kommt manchmal zu Stande.

Durchsetzt aber der Riss die ganze Vorderkapsel, so ist und bleibt die functionelle Störung eine sehr erhebliche. Es stehen uns dann nur zwei Wege zur functionellen Wiederherstellung offen. Entweder geben wir einen Schienenhülsenapparat, der mit dem künstlichen Quadriceps, den über dem Gelenk gekreuzten Gummigurten, versehen ist, in der Weise, wie ihn unser Patient zur Sicherung der Sehnennarbe, zur Verhütung starker Beugung einige Zeit trug.

Oder aber wir schreiten zur operativen Vereinigung des Sehnenrisses. Ueber solche Operationen wurde berichtet von Lister, Roxbury, Kaufmann, Midelfast, Köhl, Championnière(2), Helferich, König, denen sich nun mein Fall als 10. anreiht.

Die Naht wurde in verschiedener Weise ausgeführt. Lister nähte die losgelösten Vasti an die Patella bei einem insofern dem meinigen analogen Fall, als doppelseitige Zerreissung vorlag, nur eine Seite operirt wurde. Helferich spaltete die Sehne in frontaler Richtung in zwei Lappen, zwischen welche er die Kniescheibe befestigte. Championnière legte durch den Muskel einen Drahtring und zog diesen mittels zweier Längsdrähte gegen die Patella hinunter. In anderen Fällen gelang, wie bei meinem Patienten die lineäre Vereinigung mit starkem Catgut, Känguruhsehnen, Silberdraht.

Die Erfolge waren durchweg günstig, die Streckfähigkeit wurde wiederhergestellt, wenn auch nicht immer vollkommen. Allerdings wurde die Beugung nicht immer bis zum rechten Winkel wieder möglich.

Der Fall von Championnière war insofern interessant, als er nach einfacher Drahtnaht ein Recidiv erlebte, das er dann durch die oben beschriebene complicirtere Naht beseitigte. Das Röntgenbild zeigte später, dass die eingeheilten Drähte zwar sich gelöst hatten, dass aber inzwischen die Sehne eine genügend feste Narbe erhalten hatte.

Die Dauerhaftigkeit des Resultates ist ebenfalls bereits sicher gestellt. Unter anderem constatirte Championnière bei seinem ersten Fall nach 4 Jahren ein unverändertes Bestehen des guten Resultates.

Dass auch mein Patient nach 2 ¾ Jahren recidivfrei und völlig mobil ist, muss eigentlich Wunder nehmen. Denn die hochgradige Degeneration des Sehnengewebes liess eine so geringe Widerstandskraft des Streckapparates annehmen, dass bei der rücksichtslosen Inanspruchnahme des Quadriceps ein erneutes Zerreissen fast wahrscheinlich war. Diese glücklicher Weise unbestätigt gebliebene Befürchtung hielt mich auch bisher von der Mittheilung des stets im Auge behaltenen Falles zurück.

Freilich kann das Unglück immer noch nachkommen. Sind doch Fälle bekannt, wo der spontan geheilte Riss nach 7 ½ Jahren sich wiederholte.

Immerhin dürfte doch die Reihe gelungener Operationen im Hinblick auf die Einfachheit und Ungefährlichkeit des Eingriffes dem schon wiederholt aufgestellten Satz zur Unterlage dienen: Bei jeder functionelle Störungen machenden Zerreissung der Quadricepssehne ist die Sehnennaht indicirt.

Dass die frühzeitig ausgeführte Operation die besten Erfolge aufweist, wie in unserem Fall, liegt auf der Hand, da hier der Quadriceps noch nicht der Atrophie verfallen ist.

Schliesslich sei noch ein Fall von Zerreissung des Streckapparates erwähnt, der wegen der Aetiologie unser Interesse in Anspruch nahm.

Die 51 Jahre alte Frau S. fiel am 23. XII. 1899 im Zimmer hin und konnte nicht mehr auf dem Bein stehen. Am 25. XII. wurde ich gerufen und fand eine mächtige Schwellung der linken Kniegelenksgegend mit Erguss in's Gelenk.

Die Gegend des Ligamentum patellae war äusserst schmerzhaft. Suchte man das Band seitlich zu verschieben, so fühlte man Crepitation und als Ursache derselben ein bewegliches Knochenstück, das der Tuberositas tibiae entsprach.

Active Bewegung des Beines, Aufheben desselben von der Unterlage war unmöglich.

Die Diagnose lautete demgemäss auf Abreissung des Ligamentum patellae proprium nebst der Tuberositas tibiae.

Nachdem durch nasse Wickelung, Hochlagerung, Massage der Erguss zurückgebracht war, ohne dass functionelle Besserung eingetreten wäre, schritt ich zur Operation, behufs Annähung der abgesprengten Tuberositas.

Am 4. I. 1900 wurde das Ligament mit einem seitlichen Längsschnitt freigelegt, der grössere Theil derselben war in der That mit einer Knochenplatte abgerissen. Zugleich aber zeigte sich neben der Sehne vorquellend graues, granulationsartiges Gewebe. Der scharfe Löffel geräth in einen weichen Tumor, nach dessen Entfernung im oberen Ende des Schienbeins eine apfelgrosse Höhle bestand. Ringsum stand nur eine dünne Knochenschale, aus deren vorderer Wand die an der Sehne haftende Knochenplatte ausgebrochen war. Oben wurde die Höhle von dem missfärbigen, theilweise perforirten resp. usurirten Gelenkknorpel begrenzt. Die Höhle wurde möglichst gründlich ausgeräumt, desinficirt, mit Jodoformemulsion gefüllt. Von einer Knochennaht wurde Abstand genommen. Die Hautwunde wurde völlig geschlossen.

Die Heilung erfolgte glatt, ohne jede Störung.

Die im pathologischen Institute freundlichst ausgeführte mikroskopische Untersuchung bestätigte unsere Diagnose: Es handelte sich um ein myelogenes Riesenzellensarkom.

Nachträglich gab nun die Patientin an, dass sie wohl schon einige Monate rheumatische Schmerzen im Bein gehabt, aber bis zum Unfall den Haushalt geführt habe und ziemlich gut zu Fuss gewesen sei.

Die Einwilligung zu einer radicaleren Operation wurde uns zunächst nicht gegeben, die Patientin befindet sich in Beobachtung und macht eine Arsenikcur durch.

Merkwürdiger Weise hat sich die Gelenkfunction unerwartet gut wiederhergestellt. Das Bein wird nicht nur bis zum Rechten gebeugt, sondern auch völlig und kräftig gestreckt. Die Frau

kann wieder gehen, hat keine Beschwerden und hofft, dass der Unfall ein Glücksfall war, indem er die Veranlassung zur Entdeckung und Entfernung der bösartigen Neubildung gab.

Literatur über Zerreissung der Quadricepssehne:

1. L. Championnière: Sur l'emploi etc. Annales de chirurgie et d'orthopédie 1898, No. 4. — 2. Doebbelin: Behandlung frischer Verletzungen etc. Deutsch. med. Wochenschr. 1899, No. 49. — 3. Hafemann: Ueber subcutane Zerreissung etc. Diss. med., Berlin 1889. — 4. Kaufmann: Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1888, 15. Mai. — 5. Klinger: Ueber Muskelzerreissung. Diss. med., Leipzig 1897. — 6. Köhl: Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1893. — 7. Oberbeck: Zerreissungen der Quadricepssehne. Diss. med., Berlin 1888. — 8. Riedinger: Ueber Rissverletzungen der unteren Extremitäten. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1898, No. 10. — 9. Roxbury: Centralbl. f. Chir. 1879. — 10. Walz: Zum Mechanismus der subcut. Zerreissungen. Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 44, p. 430. — 11. Wunsch: Abriss der Quadricepssehne. Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 43, p. 613.

Ueber Muskel- und Sehnenrisse im Biceps brachialis

Von Dr. Ernst Pagenstecher, Oberarzt am Diakonissenhaus Paulinenstift zu Wiesbaden.

Im Jahre 1895 veröffentlichte ich in der Berl. klin. Wochenschr. No. 16 2 Fälle von Rissen im Biceps brachialis, darunter einen von Abriss des langen Kopfes. Seitdem habe ich Gelegenheit gehabt, ziemlich kurz hintereinander wieder 2 Fälle zu sehen, so dass ich glaube, sie sind nicht allzuselten. In der Literatur sind auch, soweit mir erinnerlich, seitdem ebenfalls noch welche aufgezeichnet. Trotzdem hat mir gerade der letztbeobachtete gezeigt, dass offenbar die Affection vielerorts nicht recht bekannt sein muss; daher möchte ich die Aufmerksamkeit hier nochmals auf das charakteristische Krankheitsbild lenken. Ich beschränke mich auf die Risse des langen Kopfes; es kommen auch Risse und Abrisse der gemeinsamen distalen Sehne vor. Diese geben natürlich ein anderes Bild.

Normaler Weise bildet der lange Kopf des Biceps einen Wulst von gleichmässiger Consistenz zwischen Ellbogenbeuge und Deltaansatz. Der Uebergang in die Sehnen erfolgt ziemlich rasch. Bei weniger musculösen Leuten hat der Bauch eine mehr cylindrische Gestalt, bei Athleten bildet er mehr einen derben Wulst, der fast kugelig wird; immer aber bleibt charakteristisch, dass die Muskelsubstanz nach oben bis an den Delta reicht und bei Contraction beide dicht aneinander grenzen nur durch eine seichte Furche getrennt. Reisst nun der Kopf ein, so ändert sich das. Es kann nun die Sehne selbst reissen oder aus dem Gelenk reissen. Meist erfolgt der Riss in dem oberen Theil des Bauches, da wo die Sehne beginnt. Bei Contraction zieht sich dann der Bauch nach der Ellbogenbeuge hin zusammen und bildet einen vorspringenden Wulst, oberhalb dessen eine Grube erkennbar wird, welche mehr minder direct auf den Knochen führt. In frühen Stadien kann man den erschlafften Bauch durch massirende Bewegungen nach oben an seinen natürlichen Ort schieben, so dass dann zwischen beiden Armen kaum eine Differenz besteht. Dies ändert sich dann wieder sofort zu dem vorher beschriebenen Bild, sobald wieder angespannt wird. Später scheint der abgerissene Theil zu atrophiren, da er keine Function mehr leistet, und dann ist das Manöver, ihn nach oben zu schieben, nicht mehr auszuführen. Auch wird bei Contraction der Wulst kleiner. Merkwürdig ist aber doch, dass selbst nach 2 Jahren noch ein Unterschied zwischen Ruhe und Anspannung zu erkennen ist. Vielleicht dass die Fasern an Fascientheilen anwachsen und dadurch einen neuen, freilich nutzlosen Stützpunkt bekommen. Immer bleibt die Grube bestehen und lässt noch nach Jahren erkennen, welche Verletzung seinerzeit stattgefunden hat.

Ein zweites wichtiges Moment wird durch den eigenthümlichen Verlauf der langen Sehne bedingt. Sie erreicht durch den Sulcus bicipitalis das Schultergelenk, und legt sich über den Kopf hinweg, um am oberen Rand der Gelenkpfanne sich anzusetzen. Daher gibt sie einen Widerhalt gegen den Kopf und presst ihn bei ihrer Anspannung durch Contraction des Muskels gegen die Gelenkfläche an. Wenn sie nun an irgend einer Stelle durchreisst, oder ihr Muskel, und letzterer daher seine Spannung nicht mehr auf sie zu übertragen vermag, so hat der Kopf, wie schon ältere Beobachter hervorheben, die Neigung zu einer Subluxation; er tritt nach vorn und oben.

Dies Vorkommen ist jedoch nicht die Regel. Es fehlte sogar in dem von mir früher mitgetheilten ersten Fall, obwohl dort angenommen werden musste, dass die Sehne aus dem Gelenk herausgerissen war. Warum es hier nicht eintrat, ist nicht klar geworden. In anderen Fällen mag das Phänomen desshalb fehlen, weil der Riss des Muskelbauches kein completer war. Fiel er so, dass zwar die Musculatur sich durchtrennte, aber die Fascie, etwa in hinteren oder seitlichen Theilen erhalten blieb, so hat zwar die Musculatur keine Kraft, aber die Sehne genug Spannung, um den Kopf noch niederzuhalten. Zu dieser Kategorie gehören wohl die meisten Fälle, die man sieht, der zweite, in der früheren Arbeit beschriebene, und ein neuerdings beobachteter.

Er betraf einen muskelkräftigen Herrn, der beim Kegelschieben einen plötzlichen Schmerz im Oberarm und seitdem andauernd mässige Schwäche und Schmerzen in demselben bemerkt hatte. Der Befund war typisch. Der Riss sass im oberen Drittel des Muskelbauches. Eine Verschiebung des Kopfes des Oberarms bestand nicht.

In diesen Fällen bleibt also, wie erwähnt, die typische Grube oberhalb des abnorm retrahirten Muskels deutlich, aber die Kraft und Gebrauchsfähigkeit des Armes ändert sich nur wenig. Es treten genügend Muskeln für den einen ausgefallenen Bauch ein.

Schwerer werden aber die Störungen, wenn wirklich die beschriebene Subluxation eintritt.

Der 67 jährige Patient erlitt die Verletzung dadurch, dass ein Kalb, welches er mit der rechten Hand am Stricke hielt, plötzlich daran zerrte. Er empfand einen so heftigen Schmerz,, dass er sich niedersetzen musste, um nicht ohnmächtig zu werden. Der Arm fiel sofort kraftlos herab. Ich sah ihn erst 2 Jahre später, nachdem er inzwischen vielfach von Aerzten untersucht worden war. Wenn man Patienten von vorne betrachtete, so schien es auf den ersten Blick, als ob der Schulterkopf verdickt sei, da die äussere Schultercontour vom Akromion an nicht so steil wie links abfiel, sondern sich mehr nach aussen wölbte, auch vorne der Kopf stark hervortrat. Als ich dann aber die alte Ruptur des langen Bicepskopfes entdeckte, war es mir unzweifelhaft, dass es sich nur um eine Verschiebung handelte, zumal eine Verdickung von der Hinterfläche des Gelenkes her nicht nachzuweisen war. Das Röntgenbild gibt ein unzweifelhaftes gleichlautendes Resultat. Der Kopf steht nicht der Gelenkfläche angepasst, sondern etwas nach oben verschoben, so dass er dem Schlüsselbein genähert ist und bei Aufnahme von vorne her die Schatten von Spina scapulae und oberem Theil des Kopfes sich decken..

Im Uebrigen sind die Verhältnisse folgende: Der Arm kann in der Schulter activ kaum bis zur Horizontalen erhoben werden, weitere, passive Versuche, sowie auch solche der Rotation verursachen lebhaften Schmerz. Druck auf alle Theile des Gelenkes, sowie auf's Akromialgelenk ist sehr empfindlich. Patient hat lebhafte spontane Schmerzen. Es ist möglich, dass er vor seiner Verletzung schon hie und da „Reissen" im Gelenk hatte, im Wesentlichen bestehen die Erscheinungen seitdem, und haben allmählich zugenommen. Die verschiedenen Aerzte, die bisher den Patienten sahen, diagnosticirten Arthritis deformans. In der That scheinen auch gewisse Rauhigkeiten der Gelenkoberfläche des Humerus im Röntgenbild darauf zu deuten,

Die Entstehung liegt nahe. Vielleicht lag eine Disposition vor. Pat. ist im Alter von 67 Jahren. Es erfolgt ein Riss im Bereich des Gelenkes. Der Kopf wird subluxirt und drückt nun fortwährend auf das Dach des Gelenkes, presst die Kapsel gegen sich und Akromion resp. akromiales Ende der Clavicula. Bei Bewegungen schleifen normaler Weise nicht aufeinander passende Flächen gegen einander. Bei Abduction müssen das Collum und die Tubercula früher eine Hemmung erfahren: Momente genug, welche eine schleichende chronische Entzündung einleiten konnten, ohne dass ich über die specielle anatomische Natur derselben, die ja unzweifelhaft besteht, ein strictes Urtheil fällen will.

Dieser entzündliche Zustand der Schulter trat nun so in den Vordergrund, dass die eigentliche Natur der Verletzung gar nicht erkannt wurde. Die anamnestischen Angaben sind hier sehr lehrreich und haben mich eben zu dieser Veröffentlichung veranlasst.

Zuerst begibt sich Patient am Tag nach der Verletzung zu Dr. A. Dieser scheint eine Schulterdistorsion angenommen zu haben und legt den Arm in eine Schlinge. Nach einigen Wochen sieht Kreisphysikus B. den Patienten, findet eine schwere Schultergelenksentzündung. Nun kommen aber eine Fluth anonymer Anzeigen, welche den Patienten der Simulation beschuldigen, da er schon vorher Rheumatismus gehabt, und nach der Verletzung wieder gearbeitet habe. Anfangs hält Dr. B. daran fest, dass Patient krank sei, dann wird er auch stutzig und schickt den Patienten in die chirurgische Klinik zu C., wo man ihn poliklinisch untersucht und eine „adhaesive Schultergelenksentzündung" diagnosticirt; nachher in die chirurgische Klinik zu D., wo er von Assistenten und Professor untersucht und für an Arthritis deformans des Schultergelenkes leidend erklärt wird. Dr. B. sieht ihn dann noch öfters und schickt ihn mir schliesslich zur Röntgenuntersuchung

Jetzt erst wird festgestellt, was vorliegt und zugleich in untrüglicher Weise nachgewiesen, dass überhaupt eine Verletzung stattgefunden habe.

Ich muss gestehen, wenn mir das Krankheitsbild nicht durch frühere Erfahrungen und Studien näher bekannt gewesen wäre, würde ich vielleicht den Muskelriss, den Schlüssel zum Ganzen, an dem mageren Arme auch übersehen haben. Eben desshalb habe ich aber die Aufmerksamkeit weiterer Kreise wieder neuerdings darauf lenken wollen.

Zur Vervollständigung des Ganzen darf ich noch Einiges anführen über die Differentialdiagnose und Therapie. Bei oberflächlichem Zusehen können Muskelhernien und Haematome ähnliche Veränderungen der Armcontouren herbeiführen. Eine Blutung muss ja bei jedem Riss erfolgen, doch treten sie gerade bei den Bicepsrissen zurück, weil dieselben in der Nähe der Sehne, also an gefässarmer Stelle erfolgen.

Entstehen Haematome durch Stoss, Schlag, Zerrung im Muskelbauch, so wird anderseits nur ein Theil der Fasern getrennt und tritt daher der Effect der Trennung zurück. Oder Haematome entstehen durch Einrisse der Fascie allein, sind sub- oder suprafascial. Sie bilden circumscripte Vorwölbungen und Verdickungen, die bei Erschlaffung wie Anspannung des Muskels gleiche Consistenz bewahren und neben denen die normalen Muskelcontouren erhalten sind.

Die Muskelhernien führen um so eher zu Verwechslungen, weil man mit diesem Namen früher auch die Muskelrisse bezeichnete. In Deutschland ist wohl letzteres Wort für die dadurch gut beschriebene Affection in Gebrauch, in Frankreich, wo Farabeuf[1]) die Trennung zuerst vornahm, erinnert an die einstige Confundirung noch das barbarische Wort pseudo-hernie musculaire für Muskelrisse. Während bei den Muskelrissen das Verhalten der Fascie ein durchaus secundäres ist, tritt der Fascienriss bei den echten Hernien in den Vordergrund, ja gerade Bedingung ist es, dass die Musculatur unversehrt bleibt. Die echten Hernien entstehen dadurch, dass sich Muskelfasern durch einen Riss der Fascie vorstülpen. Sie finden sich daher vorwiegend da beobachtet, wo eine stark gespannte Fascie über kräftige Muskeln zieht, also am Bein. Ob sie auch am Biceps br. gesehen wurden, ist mir nicht einmal bekannt. Als ihre charakteristischen Symptome führen Farabeuf und Hartmann[2]) an: Verschwinden der Hernie bei passiver Dehnung, wonach man in der Fascie eine Delle, eine Lücke fühlt; Entstehen bei Ruhelage des Muskels; wiederum Verschwinden bei starker Contraction.

Letzterem Punkt gegenüber berichtet Rawitz[3]) von 2 Fällen, in welchen die Geschwulst bei der Muskelanspannung gerade grösser und härter wurde, ja durch isolirte active Contraction gerade hervorgerufen werden konnte. Jedenfalls besteht die Aehnlichkeit mit den Muskelrissen darin, dass man die Contouren des Gliedes durch passives Dehnen des Muskels normal machen kann im einen, Ausstreichen des erschlafften im anderen Fall von Riss (s. unseren früher publicirten Fall). Die charakteristische Grube aber andererseits entsteht bei Rissen erst bei Anspannung des Muskels, bei Hernien wird sie in Folge des Heraustretens der Muskelfasern eben dann verdeckt. Endlich bilden die Hernien eine wirkliche Geschwulst, bei Rissen tritt nur der Muskelstumpf etwas stärker hervor, seine Grösse wird durch die Delle über das wirkliche Maass hervorgehoben.

Gemeinsam ist wiederum der Wechsel der Consistenz, der jedoch, wie aus Obigem hervorgeht, ganz verschiedene Phasen einhält. Bei der gewöhnlichen schlaffen Haltung ist auch der Muskelriss zu sehen, die Hernie verschwunden.

Therapeutisch ist in leichten Fällen von Riss nichts zu thun, weil keine oder nur vorübergehende Functionsstörungen dadurch bedingt werden. Ja es ist sogar auffallend, wie gering sie sind, und wie leicht sie durch vicariirende Thätigkeit anderer Muskelbäuche und Muskeln ersetzt werden. Dies Verhalten beobachtet man sogar bei Abriss des ganzen Muskels von der Tuberositas radii. In schwierigen Fällen und bei totalem Riss, besonders wenn die Schulterfunction gestört wird, ist die blutige Muskelnaht anzurathen, welche auch von Manchen, so von Bardenheuer[4]) ausgeführt wurde. Meist wird man aber auf ein ablehnendes Verhalten der Patienten stossen, wie es auch mir in allen Fällen ging. In dem letzterzählten beabsichtigte ich wegen der besonderen Verhältnisse die Arthrotomie (die zugleich das Verhalten der Bicepssehne klargelegt hätte), eventuell Resection oder Arthrodese. Auch hier weigerte sich der Patient.

Ueber die Art des Zustandekommens derartiger Rupturen habe ich in meiner früheren Arbeit Einiges erörtert, dem ich heute nichts zuzufügen habe.

[1]) Farabeuf: Bull. d. l. soc. de chir. 1881, 15. Juni.
[2]) Hartmann: Revue de chir. 1893.
[3]) Rawitz: Arch. f. klin. Chir., Bd. 24, p. 382.
[4]) Bei den Muskelhernien ist mit Erfolg die Aponeurosennaht ausgeführt worden.

Schleimkolik und membranöser Dickdarmkatarrh.*)

Von R. Schütz in Wiesbaden.

Die Discussion über Colica mucosa und Enteritis membranacea, die seit Jahren nicht mehr verstummt ist, hat nicht den Erfolg gehabt, die gegensätzlichen Anschauungen über das Wesen der Krankheit auszugleichen; vielmehr haben sich diese Gegensätze im Laufe der Jahre noch bestimmter herausgebildet. Das lehrt ein Vergleich der Darstellungen unserer neuesten Lehrbücher mit dem Ergebniss der Erörterungen, die s. Zt. im Berliner Verein für innere Medicin über diesen Gegenstand stattgefunden haben [1].

Die Meinungsverschiedenheit betrifft bekanntlich die Frage, ob der Process als Neurose oder als organische Erkrankung des Dickdarmes, als Katarrh resp. Entzündung aufzufassen ist. Und da finden wir, dass von den 3 fast gleichzeitig erschienenen Lehrbüchern aus neuester Zeit das von Nothnagel [2] die grosse Mehrzahl der fraglichen Fälle als durchaus nicht entzündlich auffasst, Boas [3] dagegen die Schleimkolik am liebsten ganz streichen und die gesammten Fälle dem Dickdarmkatarrh zuweisen möchte, während Ewald [4] sich reservirter ausdrückt und eine Colitis neben einer Colica mucosa bestehen lässt, ohne über das Häufigkeitsverhältniss beider Affectionen sich auszusprechen.

Unter solchen Umständen erscheint das Interesse an dieser Frage keineswegs erschöpft, und ich möchte Ihnen heute über einige Fälle meiner Beobachtung in Kürze berichten, die in verschiedener Beziehung beachtenswerth sind.

Es handelt sich um 4 Frauen resp. Mädchen im Alter von 28, 36 und 42 Jahren, alle ausgesprochen nervös, beziehungsweise hysterisch, eine ausserdem in früheren Jahren Melancholica. Bei dreien reicht die Nervosität, und ebenso eine habituelle Verstopfung, zweifellos um Jahre hinter das jetzige Darmleiden zurück, bei Fall 4 hat sich anscheinend im Gefolge des letzteren die Nervosität entwickelt und ist eine fast acut entstandene Obstipation als directe Krankheitsursache zu beschuldigen.

Des Weiteren lässt sich allgemein sagen: dass die Schleimabgänge in den Fällen 3 und 4 stets mit den Stühlen, bei Fall 1 und 2 z. Th. für sich allein erfolgten — betreffs der Eigenschaften des entleerten Schleims: dass bei allen Kranken neben typischen, wohl ausgebildeten Membranen, grossen häutigen Fetzen, strang-, netz-, z. Th. auch röhrenförmigen Gebilden zeitweise ungeformter, glasiger Schleim, ferner kleine und grössere Flöckchen und Fetzchen sich fanden, wie man sie bei jedem Dickdarmkatarrh sehen kann — und schliesslich, dass alle Patienten Kolikschmerzen von wechselnder, z. Th. sehr bedeutender Intensität angaben, die von wenigen Minuten bis zu Stunden, bei der 4. Patientin selbst Tage anhielten.

Im Besonderen ist zu bemerken:

Die 1. Patientin, die wegen nervösen Erbrechens und consecutiver Ernährungsstörung in meine Behandlung gekommen war, hatte während einer 5 wöchentlichen Beobachtungszeit bei wöchentlich 2—3 maliger Controle, stets schleimfreie und unter der üblichen Behandlung regelmässige Entleerungen. Ganz unerwartet — nachdem das Erbrechen längst aufgehört und der Kräftezustand sich bedeutend gehoben hatte — traten in Zeit von 8 Tagen 2 typische Anfälle von Dickdarmkolik auf mit erheblicher Störung des Allgemeinbefindens und gefolgt von der Entleerung reinen, z. Th. ungeformten, z. Th. häutigen und netzförmigen Schleims.

Der 2. Fall ist dadurch besonders bemerkenswerth, dass im Anschluss an eine starke gemüthliche Erregung (Tod einer Schwester) die vordem viel selteneren Schleimabgänge im Verlauf der letzten ¾ Jahre oft Wochen lang ohne Unterbrechung anhielten oder mit Pausen von wenigen Tagen immer wieder auftraten, während die Verstopfung wiederholt von längeren Perioden z. Th. starker Durchfälle abgelöst wurden.

Die Diagnose war von verschiedenen Seiten auf chronischen Darmkatarrh gestellt. Ich fand innerhalb der ersten 5 Wochen bei täglicher Untersuchung in den regelmässig ohne alle Nachhilfe entleerten Stühlen auch nicht eine Spur Schleim.

*) Vortrag im Neuen ärztlichen Verein, März 1900.

Anfangs der 6. Woche setzte nach geringen nervösen Vorboten eine 4wöchentliche Periode ein von sich ständig wiederholenden Schleimabgängen und vorgängigen Dickdarmkoliken oder auch unbestimmteren krampfartigen Kolonschmerzen. Ein Heer nervöser Beschwerden leitete meist die Scene ein, wie Schlaflosigkeit, Unruhe und psychische Verstimmung, Magenbeschwerden, „rheumatische" Schmerzen in den verschiedensten Muskelgebieten, in der Zunge, den Fersen etc. Nach ca. 8tägiger Pause traten die schleimhaltigen Stühle und Kolikanfälle nochmals für 2—3 Tage auf, um dann für den Rest der Beobachtungszeit, 6—8 Tage wieder zu verschwinden.

In beiden Fällen habe ich die Diagnose Schleimkolik gestellt. Sie ergibt sich bei beiden Kranken nach meiner Ansicht mit Nothwendigkeit. Denn es handelte sich beide Male um das Auftreten von Schleimabgängen im Anschluss an Dickdarmkoliken, nachdem in den Stühlen während einer Reihe von Wochen vor dem Anfall niemals irgend welcher Schleim zu finden gewesen war. Eine Periode fast täglicher Schleimkoliken von 4 Wochen Dauer ist allerdings ungewöhnlich — Nothnagel [2] spricht von einer Woche —. Allein ein Dickdarmkatarrh mit reichlicher Schleimabsonderung, die auf 5 Wochen vollständig verschwände, um dann ohne jede nachweisbare Ursache wiederzukehren und nach weiteren 4 Wochen zum 2. Male zurückzutreten — einen solchen Dickdarmkatarrh gibt es nicht. Gegen die Annahme eines solchen lässt sich vielleicht auch der Umstand verwerthen, dass das objective körperliche Befinden der Patientin in dieser ganzen Zeit sich fortdauernd besserte, das Gewicht in 9 Wochen um fast 28 Pfund zunahm.

Hätte ich die Beobachtung während der Periode der Schleimabgänge begonnen, so wäre ich vermuthlich trotz der Kolikschmerzen gleichfalls zur Annahme eines Katarrhs gelangt. So aber glaube ich, dass dieser Fall, ebenso wie der 1., gegen Boas [3] spricht, der das Vorkommen rein periodischer Schleimentleerungen nicht anerkennen möchte.

Den beiden ersten möchte ich die Fälle 3 und 4 gegenüberstellen, bei denen ich gleichfalls häufig Anfälle von Krampfzuständen des Kolon beobachtet habe, mit heftigsten Leibschmerzen, starker Druckempfindlichkeit und Contraction des Kolon descendens, sowie hochgradiger Alteration des Allgemeinbefindens.

Bei Patientin 3 traten meist sporadisch kurze Schmerzanfälle vor den Entleerungen auf; bei der 4. Patientin, die in Folge fortgesetzten, willkürlichen Zurückhaltens des Stuhls binnen kurzer Zeit eine schwere Verstopfung acquirirt hatte — während vordem ihre Verdauung ganz in Ordnung war — beobachtete ich im Verlaufe einiger Monate 4 schwere und sehr eigenartige Schmerzattaquen. Die Kranke machte dabei stets den Eindruck einer Schwerkranken, war geradezu collabirt und klagte über äusserst heftige Schmerzen, die stets von der Gegend des S romanum und Kolon descendens aus nach der Magengegend zu — Kolon transversum — verliefen, von da in Rücken und Brust, selbst bis gegen den Hals ausstrahlten und stets erst nach mehreren, meist 6—8 Tagen unter mässigen Opium- oder auch Morphiumgaben nachliessen, nachdem zuvor einige Entleerungen meist exquisit spastischer Art erfolgt waren. Dabei machte ich gelegentlich einer vaginalen Untersuchung — die ich vornahm, um eine event. Affection der Beckenorgane nicht zu übersehen — die interessante Beobachtung, dass bei Betasten der hinteren Scheidenwand die Kranke spontan heftigen Druckschmerz im Mastdarm angab.

Irgend ein Exsudat im Verlaufe des Kolon, eine entzündliche Infiltration und Verdickung desselben war niemals nachweisbar, so dass keine Entzündung der Darmwand mit Betheiligung des Peritoneums, eine Sigmoiditis entsprechend der Perityphlitis, anzunehmen war; auch war in den anfallsfreien Zeiten die Druckempfindlichkeit nur mässig oder sehr gering.

Wie gesagt, enthielten die Stühle beider Patientinnen nach den Kolikanfällen häufig membranösen, auch netz- und strangförmigen Schleim; trotzdem glaube ich diese Fälle als chronische Dickdarmkatarrhe auffassen zu müssen, weil, auch wenn längere Zeit keine Kolikschmerzen auftraten, meistens Schleim in irgend einer Form und nicht selten gerade ausgesprochen membranöser, sich in den Entleerungen fand. Auch schienen die Koliken, wenigstens bei Fall 4, nicht allein von dem Schleim herzurühren, indem zu wiederholten Malen gerade während und nach der Kolikperiode sehr wenig Schleim ausgeschieden wurde.

Während bei der ersten dieser 4 Kranken das Urtheil kaum schwanken konnte, zeigen uns die übrigen Fälle die grossen Schwierigkeiten, die der Diagnose auf diesem Gebiet entgegenstehen können und die unter Umständen nur durch längere Beobachtung zu überwinden sind.

Fragen wir, wie das von den Einen als Enteritis, von den Anderen als Colica aufgefasste Krankheitsbild im Wesentlichen sich darstellt, so finden wir den einzelnen Anfall ganz allgemein beschrieben als paroxysmalen kolikartigen Schmerz im Bereich des Kolon, der oft äusserst heftig, mit erheblicher Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens verbunden ist und mit dem Abgang eigenthümlicher Schleimmassen aus dem Darm endigt.

Die Kolikschmerzen können nur angedeutet sein oder ganz fehlen, so dass nur der Schleimabgang bestehen bliebe.

Andererseits kommen (Boas) auch kolikartige Schmerzen vor ohne Abgang von Membranen, oder sie wechseln auch mit Membranausscheidung, und zwar solcher mit Schmerzanfällen und ohne sie.

Im Uebrigen wird das Bild vervollständigt durch den nervösen resp. hysterischen Gesammthabitus der meist betroffenen Frauen, was die in den Vordergrund stellen, die den Process als Neurose auffassen; während diejenigen, welche einen Katarrh annehmen, besonderen Nachdruck auch auf organische, z. B. Adnexerkrankungen, Enteroptose, legen.

Daraus folgt, dass wir die fragliche Affection unter sehr verschiedenen Umständen antreffen, combinirt mit allen möglichen Krankheitserscheinungen, die mit dem Darmleiden nicht nothwendiger Weise etwas zu thun haben und dasselbe in keiner Weise charakterisiren.

M. E. hat gerade das Hervorheben der begleitenden Umstände und ausserhalb des Darmes liegenden Erscheinungen dazu beigetragen, die Diagnose, wie es heute der Fall ist, zu erschweren und zu verwirren.

Die Frauen stellen bekanntlich auch für chronische Darmkatarrhe und nicht nur für die von uns als nervöse Schleimhypersecretion aufgefasste Störung das Hauptcontingent der Fälle, und zwar naturgemäss solche Frauen, die an Unterleibsaffectionen und Enteroptose leiden, nervös und verstopft sind und Missbrauch mit Abführmitteln getrieben haben.

Also dürfte der nervöse Allgemeinstatus nicht für Schleimkolik und gegen Darmkatarrh entscheiden.

Aber auch der Kolikschmerz ist für Schleimkolik gegenüber Dickdarmkatarrh nicht unbedingt charakteristisch. Denn derselbe kann einerseits bei ersterer nur angedeutet sein oder fehlen, während er auf der anderen Seite auch bei chronischer Colitis vorkommt. Ich erinnere an die Verwechselung von Kolonschmerzen mit denen bei Ulcus ventriculi (Edleffsen [5], Fleiner [6], Schütz [7]).

Demgemäss kann die exacte Diagnose, ob Katarrh oder Kolik, in letzter Linie nur aus der Beobachtung der Stühle gestellt werden. Nur die Fälle dürfen, wie Ewald [4] treffend sagt, als Secretionsneurose aufgefasst werden, bei denen die krankhafte Secretion von Schleim (im Gegensatz zum wirklichen Katarrh) die ursprüngliche Störung ist. Die Fragestellung muss also lauten: ist die Schleimabscheidung eine rein periodische, der Stuhl in den anfallsfreien Pausen durchaus normal, d. i. schleimfrei, oder enthält er auch in den Zwischenzeiten mehr oder weniger regelmässig Schleim? In letzterem Falle handelt es sich, wie Boas [3] mit Recht betont, nicht um eine rein periodische Schleimbildung mit wirklichen Intervallen von ganz schleimfreien Entleerungen, sondern um einfache Exacerbationen eines sonst wenig beobachteten, weil stark remittirenden Processes.

Wie leicht die Diagnose „Schleimkolik" nach gelegentlicher Constatirung einer anscheinend paroxysmalen Schleimentleerung verfehlt werden kann, wird klar, wenn man bedenkt, dass auch bei chronischem Dickdarmkatarrh gelegentlich die ganze Dejection ausschliesslich aus mächtigen Schleimmassen bestehen kann und ebenso, was wohl von keiner Seite bestritten ist, Abgang von häutigem und röhrenförmigem Schleim vorkommt — allerdings nach Nothnagel's [2] Angabe nur ausnahmsweise.

Nun, was das Vorkommen membranösen Schleims bei Darmkatarrh betrifft, so dürfte die Ansicht über dessen Häufigkeit schwanken, je nach dem Standpunkt, den man gegenüber der Diagnose „Schleimkolik" annimmt.

Ich selbst halte das Vorkommen von Schleimmembranen (verschiedener Grösse) bei chronischer Colitis auf Grund der mir bisher vorgekommenen und von mir als sichere Katarrhe angesehenen Fälle für ein durchaus nicht ungewöhnliches.

v. Noorden [8], der gleichfalls betont, dass bei Colitis membranähnliche Schleimgebilde unter Kolikschmerzen abgehen können, will diese Membranen von denen der Colica mucosa unterscheiden in Rücksicht auf die grössere Masse des Kolikschleims und dessen wesentlich verschiedene Beschaffenheit, insofern er wasserärmer, geweblichen Membranen ähnlich sein soll. Ich glaube nicht, dass sich diese Unterscheidung aufrecht halten lässt. Denn, wie verschiedentlich betont ist, und wie auch ich beobachtet habe, kann bei zweifelloser Schleimkolik neben membranösem auch ungeformter, gallertartiger und wasserreicher Schleim entleert werden und andererseits der katarrhalische Schleim genau so wasserarm und zäh sein, wie der bei Schleimkolik. Auch die Quantität des abgegangenen Schleims dürfte keinerlei Maassstab für die Differentialdiagnose abgeben.

Nach diesen Ausführungen kommen wir also zu dem Schlusse, dass an der Schleimkolik als einer besonderen Darmaffection gegenüber dem Darmkatarrh festgehalten werden muss, dass aber diese Unterscheidung im einzelnen Fall eine überaus schwierige diagnostische Aufgabe sein kann.

Erscheint es aber auch richtig, eine Enteritis membranacea als selbständige, eigenartige Erkrankungsform von der chronischen Colitis abzuzweigen? Ich meinerseits glaube, diese Frage verneinen zu sollen.

Wie charakterisirt z. B. Boas [3], der diese Trennung mit besonderer Schärfe durchführt, die Colitis membranacea? In erster Linie durch die eigenthümliche Schleimbildung: ungeformt, structurlos — membranös, tubulös. Indess ist gerade bei einfacher chronischer Colitis das Vorkommen der verschiedensten Ausscheidungsformen des Schleims nebeneinander, darunter der Membranen, gar nicht so ungewöhnlich. Zeitweise treten dann diese letzteren zurück, zu anderen Zeiten werden sie wieder sichtbar; es würde also für die Diagnose, ob einfache oder membranöse Colititis, nur darauf ankommen, zu welcher Zeit diese Fälle zur Untersuchung kommen. Und von welcher Grösse der Schleimfetzen an soll man membranöse Enteritis annehmen? Sollte sich die Entstehung der verschiedenen Schleimformen bei Katarrhen mit reichlicher Schleimabsonderung nicht vielleicht auf einfache Weise erklären lassen, nach dem was Marchand [9] über die Entstehung der membranösen Bildungen sagt? „In dem bei längerer Unthätigkeit zusammengezogenen Dickdarm formt sich der Darmschleim in der Tiefe der Längsfalten zu runden Strängen, die sich netzförmig verbinden oder verzweigt erscheinen und durch Zusammenrollen und Verkleben in der Längsrichtung dickere Stämme bilden."

Darnach würde zur Bildung solcher Formen ausser einer genügenden Menge Schleims nur eine längere Verstopfung gehören, sei es in Folge spastischer Zustände oder Atonie der Darmwand; und der verschiedene Wasserreichthum des Schleims, den v. Noorden [8] in differentialdiagnostischer Beziehung hervorhebt, würde sich wohl ebenso durch eine verschieden lange Retention im Dickdarm, also eine verschieden intensive Wasserentziehung erklären lassen.

Aber auch das ganze Krankheitsbild der Colitis membranacea, wie es Boas [3] aufstellt, möchte ich nicht als unbedingt charakteristisch ansehen gegenüber der gewöhnlichen chronischen Colitis, sowohl betreffs des Verlaufs, der da wie dort chronisch und schwankend ist, der verschiedenen nervösen Erscheinungen und organischen Störungen — eine Feststellung, ob etwa eine regelmässige Membranausscheidung bei den Darmkatarrhen der Nervösen oder Patientinnen mit Unterleibsleiden und Enteroptose überwiegt, existirt wohl nicht. Auch Obstipation, Druckempfindlichkeit des Kolons und schliesslich auch der Kolikschmerz sind nicht zu verwerthen; denn wir finden Schleimfetzen bei Katarrhen ohne gleichzeitige Kolikschmerzen, und andererseits kommen, wie Boas selbst sagt, kolikartige Schmerzen ohne Abgang von Schleim vor. Wie ich schon angeführt habe, fand sich bei meiner 4. Patientin gerade zur Zeit schwerer Kolikanfälle in den Stühlen auffallend wenig Schleim, viel weniger als gelegentlich sonst.

Ich möchte also meine Ausführungen dahin präcisiren, dass die Unterscheidung einer Schleimkolik vom Dickdarmkatarrh sich nicht stützen kann auf nervösen Allgemeinstatus, organische Complicationen etc. — denn diese können sich bei beiden Affectionen finden. Auch das Bild des einzelnen Anfalls — Kolikschmerz und Schleimabgang — ist nicht völlig eindeutig — denn die gleichen Schmerzen und Arten des Schleims kommen beim Katarrh wie bei der Kolik vor. Eine exacte Entscheidung ist vielmehr nur aus einer längeren Beobachtung zu erhalten, durch den — wie das Literaturstudium zeigt, vielfach vernachlässigten Nachweis, ob eine nur periodische Schleimhypersecretion vorliegt, ob also in den Zwischenzeiten die Stühle wirklich schleimfrei sind.

Bei Anwendung solch' systematischer Untersuchung, die für die Hauspraxis allerdings kaum in Frage kommt, dürfte man m. E. dahin gelangen, an der Colica mucosa Nothnagel's, Leube's, Ewald's u. A. als einer eigenartigen Darmaffection festzuhalten, dagegen Boas darin Recht zu geben, dass die grosse Mehrzahl der Fälle mit membranöser Schleimausscheidung wirklich katarrhalischer Natur ist. Diese enteritischen Fälle aber als besondere Form von der gewöhnlichen chronischen abzutrennen, erscheint unbegründet.

Literatur:

1. Verein für innere Medicin Berlin. Deutsch. med. Wochenschr. 1882. Desgl. 1893, S. 999.
2. Nothnagel: Spec. Pathologie u. Therap. XVII.
3. Boas: Darmkrankheiten.
4. Ewald: Diseases of the intestines, Twentieth Century Practice of Medecine, Vol. IX, New-York.
5. Edleffsen: Diagnostik.
6. Fleiner: Krankheiten der Verdauungsorgane I. Berl. klin. Wochenschr. 1893, 3 u. 4.
7. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin 1899.
8. v. Noorden: Ueber die Behandlung der Colica mucosa. Zeitschr. f. prakt. Aerzte.
9. Citirt nach Kitagawa: Beiträge zur Kenntniss der Enteritis membr. Zeitschr. f. klin. Med., 18. Bd., 1891.

Ueber gehäuftes Vorkommen von Talgdrüsen in der menschlichen Mundschleimhaut.

Von Dr. Suchannek, Privatdocent in Zürich.

Ebenso merkwürdig wie die Duplicität gewisser seltener Krankheitsfälle ist der Fund bisher nicht bekannter medicinischer Thatsachen jedweden Specialfachs, unabhängig, zu gleicher Zeit, durch verschiedene Forscher.

Für dieses Spiel des Zufalls mag meine Beobachtung, die durchaus unabhängig, wenn auch einige Monate später als die von Douglas, W. Montgomery und W. G. Hay (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, Dec. 99, H. 6) erfolgte, einen kleinen Beitrag bilden.

Ich kenne die erwähnte Arbeit nur aus einem ganz kurzen Referat (Berl. klin. Wochenschr. v. 5. II. 00, No. 6, Literaturanzeiger), kann mir also kein definitives Urtheil über die dort niedergelegte Beschreibung erlauben.

Meine Beobachtung bezieht sich auf den 46 jährigen Herrn D. aus Zürich, einen mir von früher her durch seine ängstliche Selbstbeobachtung bekannten, etwas hypochondrischen Patienten. Pat. hat früher eine Pharyngitis überstanden, die allmählich zur Atrophie der Rachenschleimhaut führte, ein Process, der sich aber auch an der Mundschleimhaut durch die Anwesenheit einer dünnen trockenen Mucosa bemerkbar machte.

Neuerdings sind Herrn D. bei gelegentlicher genauerer Besichtigung seiner Mundhöhle eigenthümliche gelbe Flecken aufgefallen, die ihn beunruhigten und über deren Charakter er Aufschluss wünschte.

Die oberflächlichere Inspection der Wangenschleimhaut, wie sie gewöhnlich vorgenommen wird, ergab in der That das Vorhandensein gelber Flecke und zwar hauptsächlich gegenüber der Zahnreihe der oberen Molaren und dann noch ein Stück hinauf vis-à-vis den Gingivae. Ich hielt die gelben, theils punktförmigen,

theils hirsekorngrossen gelblichen Tüpfchen für verkalkte Schleimdrüsen und glaubte damit den Pat. beruhigt zu haben. Diese Aeusserung genügte Letzterem aber keineswegs, so dass ich ihm zwecks genauerer Diagnose die Excision eines Schleimhautstückchens proponirte. Das geschah und die kleine Wunde wurde nach Stillung der ganz unbedeutenden Blutung mittels Ferripyrinwatte in 2—3 Tagen bei regelmässigen antiseptischen Spülungen des Mundes zur Heilung gebracht.

Bei dem Andrücken der Ferripyrinwatte spannte ich die gesammte Wangenschleimhaut ziemlich stark an und mit einem Schlage traten nun auch auf den übrigen Stellen der Backentaschen im interdentalen Raum und vis-à-vis den Molaren des Unterkiefers, wo ich bisher nichts entdeckt, eine sehr grosse Menge dieser Gebilde zu Tage. Sie erwiesen sich als ganz leicht prominente, aber völlig weiche Plaques von Linsengrösse (und darüber) und gelblicher Farbe.

Die mikroskopische Untersuchung des in 4 proc. Formalin und Alkohol gehärteten und in Celloidin eingebetteten Schleimhautstückchens ergab an dem fraglichen Gebilde den Typus ausgesprochener Talgdrüsen. Und zwar handelte es sich nicht nur um ein birnförmiges Säckchen, sondern um 2—3 oder mehr Schläuche oder Bläschen, die in einen Ausführungsgang mündeten. Der ganze Drüsencomplex erstreckte sich mehr in die Breite als in die Länge und eine Reihe von Messungen ergaben die Durchmesser: 0,1250 Mill. : 0,1875 Mill. oder 0,1250 : 0,2 bezw. 0,2675, ferner 0,1625 : 0,25. Einzelne Drüsenbläschen verhielten sich wie 0,0875 : 0,1375 oder 0,1250 : 0,1500 Mill.

Die mit Pflasterepithel bekleidete Schleimhaut trug wenig breite und niedrige Papillen. Das Epithel selbst besass einen Durchmesser von 0,0625—0,1250 Mill., war in seinen obersten Schichten kernlos, verhornt und hob sich theilweis in Lamellen ab. Stellenweise besass es kleine 0,05—0,075 hohe, schlanke Hornspitzen.

Am subepithelialen Gewebe fiel eine, der Drüse stellenweise anliegende Infiltrationszone, einem adenoiden Balg ähnelnd, auf. Von eigentlichen Entzündungserscheinungen kann ich aber mangels weiteren Materials nicht sprechen.

Der Ausführungsgang, 0,125—0,1875 Mill. breit, war mit dem abgesonderten Secret der Talgdrüsen und Talgdrüsenzellen gefüllt und durchbohrte die Schleimhaut in schräger Richtung.

Ich habe nach diesem Befund eine grössere Anzahl jugendlicher und älterer Personen auf die Anwesenheit von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut inspicirt, dabei stets die zu untersuchenden Theile scharf angespannt — die einzige brauchbare Methode, um trügerischen negativen Resultaten zu entgehen — und die Gebilde als stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgrosse gelbliche Stippchen oder Pünktchen an allen Theilen der Wangen- und Lippenschleimhaut angetroffen. Dabei war freilich von irgend welcher Regelmässigkeit der Anordnung oder einer Gesetzmässigkeit der Quantität keine Rede. Manchmal konnte ich nur 2—3 solcher Pünktchen entdecken und dann häufte sich wieder die Anzahl. Ihr Auftreten erfolgt in distincter Weise oder in Gruppenform und es werden, wie Montgomery und Hay sagen, die interdentalen Wangenschleimhautpartien bevorzugt. Auch an der Schleimhaut, die den aufsteigenden Unterkieferast überzieht, sah ich mehrmals diese Drüsen.

Dass man bei Schleimhautstücken, die man Leichen entnimmt, ein Manöver, das sich nicht gut unter der so nöthigen Controle vorzüglicher Beleuchtung ausführen lässt (Kiefersperre!) — ganz und gar der Laune des Zufalls unterworfen ist — liegt auf der Hand. Nur das satte Roth oder Rosa der lebenden Mucosa, verbunden mit scharfer Beleuchtung, unterstützt das Auffinden der Drüsen. Kein Wunder, dass ich in 4 Fällen auch nicht einer Drüse begegnete. Und zu ausgedehnten Versuchsreihen und Serienschnitten mangelt es mir leider an Zeit.

Bisher glaubte man, dass sich Talgdrüsen höchstens noch im Bereich des Lippenroths (Mundwinkel und mittlerer Theil der Lippe) vorfinden. Diese Entdeckung ist von Kölliker gemacht und der hochverdiente Altmeister der Histologie erwähnt ihrer im I. Band seines Lehrbuches (6. Auflage 1889). Sodann berücksichtigt sie Ebner (ibidem Bd. III, pag. 4, 1899).

Dem Neonatus sollen sie nach Wertheimber fehlen. Herr Professor Ribbert, dem ich den Befund im Anfang Januar demonstrirte und der sofort dem Gebilde den Charakter einer Talgdrüse verlieh, forderte mich auf, Nachforschungen anzustellen, ob nicht bisher ein Zusammenhang zwischen diesen Gebilden und einem Mundschleimhautkrebs constatirt wäre. Er hatte gewisse Arbeiten von Carl Schuchardt im Auge. Ich glaube, dass es sich nur um des Letzteren „Beiträge zur Entstehung der Carcinome aus chronisch-entzündlichen Zuständen der Schleimhäute und Hautdecken" — 1885 — Volkmann's klin. Vorträge No. 257 (Chir. No. 80) handeln kann. Dort betont S. freilich, dass senile Seborrhoe der Gesichtshaut gewisse Beziehungen zum Krebs besässe, aber ein Ursprung aus den Talgdrüsen (N. B. der Haut!) war nicht bemerkbar. Es handelt sich an letzterer nur um Retentions- und Degenerationsprocesse. Ueber die Entstehung der Mundschleimhautkrebse ist nach dieser Richtung hin noch nichts Genaueres untersucht und wenn daher diese Publication eine Anregung zu weiteren Forschungen geben sollte, so ist ihr Zweck erfüllt.

Klinische Beobachtungen über Ichthalbin bei Darmkrankheiten.*)

Von Dr. Rolly, I. Assistent der Poliklinik Heidelberg.

Trotzdem sowohl über Ichthyol als Ichthalbin bereits eine Reihe von Publicationen vorliegen [1]), haben sich diese Präparate dennoch einen festen Platz in der Behandlung der Darmerkrankungen bisher nicht erwerben können, was wohl hauptsächlich darin seinen Grund hat, dass jene Versuche meist an zu wenig einwandsfreiem Material angestellt wurden.

Homburger [2]), der als einer der letzten Autoren das Ichthalbin an der Poliklinik für Kinderkrankheiten von Dr. Neumann-Berlin prüfte, beobachtete unter Anderem neben der Hebung des Allgemeinbefindens einen günstigen Einfluss sowohl auf einfache wie tuberculöse, chronische Darmkatarrhe. Schon mehr als ein Jahr vor der Publication der Homburger'schen Arbeit waren an unserer Klinik bei Darmkrankheiten Versuche mit Ichthalbin gemacht worden, welche sehr zu Gunsten dieses Mittels zu sprechen schienen. Ich entschloss mich daher, die Wirkung dieser Substanz an einem möglichst umfangreichen und einwandsfreien Material festzustellen. Später wurden dann die oben mitgetheilten Stoffwechselversuche und Aetherschwefelsäurebestimmungen [3]) ausgeführt, welche die hier mitzutheilenden klinischen Resultate zu ergänzen und zu erklären bestimmt sind.

Zur Beurtheilung der Wirkungsweise eines Mittels bei Darmkatarrhen können natürlich nur solche Fälle herangezogen werden, bei denen der Einfluss anderer Heilfactoren wie Diät ausgeschlossen ist. Ich ging daher bei den unten mitgetheilten Fällen unter den bekannten Vorsichtsmaassregeln, das heisst so vor, dass ich entweder genau dieselbe Diät, die das Kind vorher schon bekam, weiter fortsetzte und erst nach einigen Tagen, sobald ich über die Wirkung des Ichthalbin ein Bild hatte, eine zweckentsprechende Diät einführte, oder ich gab zunächst die dem Falle entsprechende Diät und fügte nach einiger Zeit, wenn diese sich als wirkungslos erwiesen hatte, ausserdem Ichthalbin hinzu.

Von den Aufzeichnungen, die von mir in der hiesigen Kinder- und Poliklinik von subacuten und chronischen Enteritisfällen gemacht wurden, will ich in Folgendem 28 Fälle, die in der Beurtheilung durchaus einwandsfrei sind, veröffentlichen. Die eigentliche Zahl der so behandelten Patienten war eine weit grössere; da aber in der Ambulanz viele Patienten sich der weiteren Behandlung und genauen Beobachtung entzogen, so gingen manche schöne Erfolge der Publication verloren.

A. Einfache chronische Enteritis (8 Fälle).

1. Franz D., 5½ Jahre alt. Diagnose: Chronische Enteritis, Anaemie, Pseudoascites. Seit 3½ Jahren fortwährend Durchfall. Haferschleim, Eichelcacao, Tanninpräparate etc. hatten nur momentan Nutzen. Seit 1½ Jahren abnorme Zunahme des Leibes; starke Abmagerung etc.

Da der Zustand sich nach 22 tägiger Beobachtung nicht besserte, während welcher Zeit die Stühle trotz Tannalbins etc. immer dünnflüssig, stinkend und zahlreich (3—5 mal täglich) blieben, wird am 23. Tage bei gleicher Diät (nur etwas mehr Fleisch) 3 × 0,5 Ichthalbin gereicht; darauf am nächsten Tage ein geformter, gut verdauter Stuhl. Aussetzen des Ichthalbins bewirkt nach weiteren 4 Tagen wieder Durchfall, der auf tägliche Gaben von 1,5 Ichthalbin nach 3 Tagen wieder verschwand. Von da an regelmässiger geformter Stuhl, Körpergewichtszunahme in 2 Wochen von 800 g. Bei einer Vorstellung des Patienten nach ¾ Jahren sieht Pat. sehr gut aus, hat bedeutend zugenommen, etc.; die Eltern geben heute Ichthalbin noch in geringen Dosen zeitweilig in Zwischenräumen.

---

*) Schluss aus No. 14 dieser Wochenschr.: Rolly und Saam: Ueber den Einfluss des Ichthalbin auf den Stoffwechsel und die Darmthätigkeit der Kinder.

[1]) Siehe unter anderm v. Hoffmann und Lange, Therap. Monatsh. 1889, H. 5; ferner M. Lange, Allg. Med. Centralztg. 1897, No. 3; Nussbaum, Therap. Monatsh. 1888, Januar.

[2]) Therap. Monatsh. 1899, Juli.

[3]) Münch. med. Wochenschr. 1900, p. 461.

2. Margaretha K., 9 Wochen alt. Anamnese: Vor 6 Wochen Krämpfe, 1 Tag lang, darnach Durchfall und Erbrechen, letzteres lässt dann etwas nach, in den letzten 8 Tagen wieder Erbrechen und Durchfall und Abmagerung. Ernährung: Reisschleim und Milch, in den letzten 8 Tagen nur Reisschleim.

Diagnose: Einfach chronische Enteritis (Dick- und Dünndarmkatarrh).

Aufnahme: Beibehaltung von Reisschleim, trotzdem in den ersten 2 Tagen je 6 sehr schlechte, schleimige, stark fäculent riechende Stühle.

Auf täglich 1,5 Ichthalbin werden nur 2—3 dickbreiige, im Anfang noch stinkende Stühle entleert, es wird wieder Milch vertragen, Körpergewichtszunahme von 200 g in 14 Tagen.

3. Luise Z., 8 Jahre alt. Diagnose: Chron. Enteritis, neben Dünndarm- auch schwerer Dickdarmkatarrh. Seit Jahren abwechselnd Durchfall, Verstopfung, Appetitlosigkeit. Aufgenommen am 27. II. 99 mit salbenförmigen, hellen, aus viel Schleimfetzen und wenig dünnbreiigem Stuhl bestehenden Defäcationen.

Therapie: Diät II und Haferbrei.

6. III. 2,0 Ichthalbin täglich; da seit Aufnahme die Stühle nicht besser.

8. III. Geformte Stühle, bekommt Alles zu essen.

15. III. Dauernd gute, geformte Stühle, Appetit besser, Entlassung, nimmt draussen 2 × 0,5 Ichthalbin weiter. Der Darmkatarrh ist, wie eine spätere Consultation bestätigt, geheilt.

4. R. B., ¾ Jahre alt. Seit längerer Zeit Durchfall, Abmagerung, Anaemie. Therapie: täglich 3,0 Ichthalbin, nach vier Tagen dickbreiige, gute Stühle.

5. F. B., 1 Jahr alt. Schlechte Stühle schon von Geburt an, in letzter Zeit 10—12 Defäcationen täglich. Bei Beibehaltung der Diät und 4,0 Ichthalbin täglich wird nach 3 Tagen die Oeffnung nicht mehr so häufig und dickbreiig. Da die Stühle jedoch noch schleimig und stark stinkend sind, wird noch eine zweckentsprechende Diät verordnet, worauf geformte Stühle in einer Woche erfolgen.

6. S., 2½ Jahre alt. Diagnose: Enteritis chronic. Bekommt sofort täglich 3,0 Ichthalbin. Nach 7 Tagen bedeutende Besserung des Darmkatarrhs, dickbreiige Stühle, besseres Aussehen etc.

7. J., 5 Jahre alt. Diagnose: Enteritis chronic., Appetitlosigkeit. Therapie: täglich 3,0 Ichthalbin und Racahout, nach 5 Tagen gute Stühle und guter Appetit.

8. W., 4 Monate. Diagnose: Enteritis chronic. Fast immer Durchfall; seit 3 Tagen wieder täglich 8 bis 12 Stühle. Therapie: täglich 3,0 Ichthalbin und nur Schleim. Nach 3 Tagen ein fester Stuhl.

B. Chronische Enteritis mit Peritonitis (3 Fälle).

War also bei den 8 oben citirten Fällen von einfacher chronischer Enteritis eine rasche Besserung des Katarrhes durch Ichthalbin zu beobachten, so werde ich in Folgendem 3 Fälle von chronischer Enteritis verzeichnen, bei denen gleichzeitig ein peritoneales Exsudat und Verdacht auf tuberculöse Peritonitis bestand.

1. H. H., 4 Jahre alt. Diagnose: Chron. Enteritis mit schwerem Dickdarmkatarrh und mit peritonealem Exsudat, tuberculöse Peritonitis. Eine Schwester des Pat. an Tuberculose, die Grosseltern an Phthise gestorben. Pat. selbst leidet seit 1½ Jahren abwechselnd an Diarrhoe und Verstopfung. In der letzten Zeit starke Zunahme des Leibes unter grosser Abmagerung des ganzen Körpers. Viel Schleim in den Stühlen, vollständiges Darniederliegen des Appetits.

Das Exsudat steht beim Liegen des Pat. 1 Querfinger breit oberhalb des Nabels. Auf Resorcin und Diät, Schmierseifeneinreibung nur vorübergehende, geringe Besserung. Da der Zustand wieder schlimmer wurde, wird bei gleichbleibender Diät nach drei Wochen täglich 3,0 Ichthalbin gegeben. Der Stuhl wird nach einer Woche geregelt, dickbreiig, 2—3 mal täglich, der Appetit hebt sich in auffallender Weise, so dass Patient fortwährend essen will, das peritoneale Exsudat ist geringer geworden. Momentan hat Pat. täglich nun noch 1—2 Defäcationen, das Körpergewicht nahm in den letzten 5 Wochen 3 Pfd. zu (27 Pfd.), bekommt immer noch 3 kleine Messerspitzen Ichthalbin.

Die Bestimmung der Aetherschwefelsäure, die kurz nach Anfang der Behandlung gemacht wurde, hatte bei diesem Pat. einen prompten Rückgang der Darmfäulniss unter Ichthalbinmedication ergeben. (Siehe oben, Münch. med. Wochenschr., p. 462, „Hartmann".)

2. M. M., 5½ Jahre alt. Diagnose: Chron. Enteritis mit peritonealem Exsudat (tuberculöse Peritonitis?). Erkrankung begann vor 3½ Jahren mit Abmagerung, Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, dünnen und schleimigen Stühlen. Der Zustand erfuhr zeitweise eine Besserung, der Leib war immer aufgetrieben.

Das Kind war von anderen Aerzten mit Kreosotkapseln, Salzbädern, Schmierseifeneinreibungen, Leibbinde, Diät etc. ohne Erfolg behandelt worden. Bei der Aufnahme in die hiesige Kinderklinik handelte es sich um ein stark herabgekommenes, anaemisches Kind mit einem beim Liegen bis über den Nabel reichenden etwas schwer beweglichem peritonealen Exsudat.

Ordination: Diät II mit viel Schleim und Brei. Auflegen von Sapon. virid. auf den Leib. Die Stühle enthalten viel Schleim, sind manchmal dick, dann wieder ganz dünn, keine Bacillen. Da der Stuhl sich in den ersten 20 Tagen nicht besserte, der Appetit eher schlechter wurde, die Laparotomie von den Eltern verweigert wurde, so wird am 21. Tage täglich 2 × 0,5 Ichthalbin gegeben. Am nächsten Tage schon wurde der Stuhl dickbreiiger, 3 Tage später geformt. Von da an hat Pat. regelmässigen Stuhlgang, der Anfangs noch etwas Schleim enthielt, welcher dann später auch verschwand.

Gewichtszunahme von 550 g in den ersten 14 Ichthalbintagen.

3. Georg Kl., 11 Jahre alt. Diagnose: Chron. Enteritis, fühlbare Mesenterialdrüsen, Verdacht auf Tuberculose. Seit Jahren Durchfall, dicker Leib. Nach Aufnahme in die Klinik wurde Anfangs Alles versucht, des Durchfalls Herr zu werden, doch vergebens; es bestanden die schleimigen, salbigen Stühle weiter. Vom 3. XII. 1898 ab bei gleichbleibender Diät täglich 3 mal 0,5 Ichthalbin. Nach 4 Tagen geformte, noch mit etwas Schleim vermengte Stühle, Körpergewichtszunahme vom 7. XII. bis 14. XII. 1898 800 g. In der Folgezeit wurden die Stühle zum Theil wieder etwas salbenförmig, jedoch nahm Patientin bis 8. I. 1899 um weitere 3000 g zu. Leider wurde dieser Fall der weiteren Beobachtung entzogen.

Unter Darreichung von Ichthalbin besserte sich also auch in diesen schweren Fällen das Aussehen und Allgemeinbefinden der Patienten rasch. Der Stuhlgang wurde regelmässig und geformt. Die Kinder nahmen an Gewicht zu. Dass die Verringerung des Exsudates, welche in 2 von den 3 Fällen beobachtet wurde, eine Folge der Ichthalbinmedication war, ist kaum anzunehmen.

C. Chronische Enteritis mit Tuberculose (5 Fälle).

Schon in der Neumann'schen Klinik wurden günstige Erfolge von der Darreichung des Ichthalbin bei chronischer Enteritis, die mit Tuberculose complicirt war, beobachtet. Kürzlich kam mir ein englischer Aufsatz von Kilburn Jones zu Gesicht, der gleichfalls einige Fälle von schwerem chronischen Darmkatarrh mit Tuberculose durch Ichthalbin günstig beeinflusst sah. Ich führe in Folgendem 5 derartige Fälle an, über die ich genaue Aufzeichnungen besitze.

1. Sch. L., 2 Jahre. Diagnose: Disseminirte Tuberculose der Lungen, Pleuritis, chron. Enteritis. 13. IX. 1898 3,0 Ichthalbin. Nach vorhergehenden wochenlangen Durchfällen hat Pat. auf Ichthalbingabe von 3,0 täglich 3 Wochen dickbreiige Stühle, bis sodann im Februar 1899 der Exitus an Miliartuberculose erfolgte.

2. Z. P., 1 Jahr. Lungentuberculose. Ichthalbindarreichung von 1,0 täglich besserte die Stühle und den Allgemeinzustand. Pat. nimmt sogar in den ersten 2 Wochen um 250 g zu.

3. G. L., 2 ½ Jahre. Bronchialdrüsentuberculose. Bei Gaben von 1,0 Ichthalbin täglich nahm Pat. in einer Woche 300 g zu, nachdem er die vorhergehende Woche 700 g an Gewicht verloren hatte. Die Stühle verloren ihren stark stinkenden Charakter und wurden dickbreiig. Exitus nach 7 Monaten.

4. Bei einer erwachsenen Frau (Z.), die an Miliartuberculose litt, Mutter von Pat. 2, bei welcher ich Anfangs Opium und Tanninpräparate gegen die blutigen Diarrhoen erfolglos anwandte, hatte dieselbe Dosis Opium mit 3 Messerspitzen Ichthalbin täglich ¼ Jahr lang gute Erfolge.

5. B. Th., 2 Jahre. Diagnose: Enteritis chron. mit Bronchialdrüsentuberculose. Täglich 3,0 Ichthalbin, nach 2 Tagen geformte Stühle, entzog sich nach 10 Tagen der weiteren Beobachtung. ½ Jahr später Wiederaufnahme in die Klinik in ganz desolatem Zustande mit Anamnese, dass er noch lange Zeit draussen Ichthalbin weiter genommen. Nach 14 Tagen Exitus. Die Section ergab allgemeine Miliartuberculose, aber keine Tuberculose im ganzen Darmtractus, noch tuberculöse Peritonitis.

Dieser Fall wurde von pathologisch-anatomischer Seite (Geheimrath Prof. Arnold) in Anbetracht des Alters als ein Unicum von Freibleiben des Darmes bei disseminirter Tuberculose aller anderen Organe erklärt. Der Kranke hatte 7 Monate vor seinem Tode mit geringen Unterbrechungen täglich 3,0 Ichthalbin genommen. Ob hier eine dauernde, wirksame Desinfection des Darmtractus durch Ichthalbin angenommen werden soll, welche selbst die Tuberkelbacillen avirulent machte? Diese Frage lässt sich natürlich nicht beantworten, indessen soll der auffallende Befund für den Fall analoger Beobachtungen nicht verschwiegen werden.

Wie ersichtlich, wurden auch diese 5 Enteritisfälle, bei denen gleichzeitig Tuberculose anderer Organe bestand, durch Ichthalbin temporär günstig beeinflusst und die Patienten nahmen theilweise an Gewicht zu.

D. Subacute Magen- und Darmkatarrhe (12 Fälle).

Aus den oben mitgetheilten 12 Fällen ersehen wir, dass Ichthalbin bei chronischer Enteritis selbst dort mit gutem Erfolg gegeben wurde, wo verschiedentlich andere Mittel versagt hatten. Am meisten überraschte mich die gute Wirkung des

Ichthalbins bei der chronischen Peritonitis und der chronischen Enteritis bei tuberculösen Patienten. Die Resultate der später ausgeführten Stoffwechselversuche aber und besonders die Abnahme der Aetherschwefelsäuren, also die Herabsetzung der Darmfäulniss, scheinen mir geeignet, die günstigen Erfolge bei diesen Patienten zu erklären.

Diesen guten Resultaten stehen natürlich auch manche Misserfolge gegenüber. Es schien mir fernerhin von Interesse, festzustellen, ob das Ichthalbin auch auf die subacuten, d. h. verschleppten acuten Magen- und Darmkatarrhe von irgend welchem Einfluss sei. Hier waren öfter Misserfolge zu verzeichnen. Immerhin habe ich unter meinen Aufzeichnungen 12 Fälle von subacuten Darmkatarrhen, bei denen das Ichthalbin einen günstigen Einfluss auf den Verlauf des Darmkatarrhes ausgeübt hat. Es würde mich zu weit führen, diese Fälle einzeln hier anzuführen und ich bemerke nur, dass der Appetit und das Allgemeinbefinden dieser Patienten unter Ichthalbin sich hoben, die Stühle weniger und besser wurden, so dass die Kranken nach 3 bis 8 tägigen Gaben von 3 × 0,5 bis 1,0 Ichthalbin als geheilt entlassen werden konnten.

Bei acuten Enteritisfällen habe ich das Mittel nur wenig versucht. Ich stehe davon ab, irgend welche Schlüsse aus den entsprechenden Beobachtungen zu ziehen, da ich meist gezwungen war, bei Uebernahme der Fälle sofort eine andere Diät einzuleiten, so dass die Wirkung des Mittels nicht rein zu Tage treten konnte.

E. Anaemie und Appetitlosigkeit.

Der Ausfall der Stoffwechselversuche, sowie die häufige Beobachtung über Hebung des Appetits und Zunahme des Körpergewichts führten von selbst dazu, das Mittel auch bei anaemischen Individuen mit darniederliegendem Appetit zu versuchen. Die Zahl der einwandsfreien Beobachtungen, über die ich bisher verfüge, ist aber zu gering, um schon jetzt ein sicheres Urtheil über die Brauchbarkeit des Ichthalbins als Tonicum zu gestatten. Die Beobachtungen sollen an der hiesigen Klinik desshalb fortgesetzt werden, und ich werde in einer späteren Publication darauf zurückkommen.

Schlussfolgerungen.

1) Ichthalbin wurde in Dosen bis zu max. 8,0 pro die ohne Schaden lange Zeit gerne genommen. Es bewirkt selbst in solchen Dosen keine Verstopfung, noch Reizerscheinungen von Seiten des Darmes oder der Nieren.

2) Es beförderte in unseren Stoffwechselversuchen den Eiweissansatz, indem es sowohl die Stickstoffausscheidung durch den Harn verringerte, als auch die Ausnutzung der gereichten Nahrung erhöhte.

3) Ichthalbin hob bei unseren Patienten schon in Dosen von 3 × 0,3—0,5 den Appetit und das Körpergewicht und scheint daher als Tonicum wirken zu können.

4) Es setzte bei unseren 4 Versuchen in täglichen Dosen von 1,5—3,0 die Menge der Aetherschwefelsäuren stark herab und verminderte somit die Fäulnissvorgänge im Darm, wenn auch die Stühle ihren stinkenden Charakter erst allmählich verloren.

5) Unter gleichbleibenden sonstigen Bedingungen (Diät etc.) hatten tägliche Dosen von 1,5—3,0 Ichthalbin einen günstigen, theilweise sehr günstigen Einfluss sowohl auf einfach chronische Enteritis, als auf solche Fälle, die mit Peritonitis oder Tuberculose complicirt waren.

6) Die subacuten Magen- und Darmkatarrhe wurden z. Th. günstig beeinflusst, hingegen war bei den acuten Erkrankungen eine einwandsfreie Wirkung nicht nachzuweisen.

Dosirung. Bei den chronischen Darmkatarrhen von Kindern unter 1 Jahr 3 × 0,3—0,5, von Kindern über 1 Jahr bis zu einem Alter von 5 Jahren 3 × 0,5—1,0, über 5 Jahre 3 × 1,0; bei Kindern und Erwachsenen als Tonicum 3 × 0,3 bis 0,5. Auch dürfte es sich wegen der Billigkeit empfehlen, das Ichthalbin eventuell als Schachtelpulver zu verordnen. 3 mal täglich 1 Messerspitze voll.

Dem Director der Klinik, Herrn Prof. Dr. O. Vierordt, sprechen wir für sein dieser Arbeit entgegengebrachtes Interesse sowie für seine Rathschläge unseren besten Dank aus.

Neue Beiträge zur Pathologie der Speiseröhre.

Von Professor Dr. W. Fleiner in Heidelberg.

(Schluss.)

II. Krankheitserscheinungen.

Angeborene Erweiterungen der Speiseröhre können lange Zeit hindurch — in manchen Fällen sogar zeitlebens — latent bleiben. Beschwerden geringfügiger oder schwerster Art treten gelegentlich einmal auf, wenn Nahrungsbestandtheile im erweiterten Abschnitte der Speiseröhre festgehalten werden, können aber rasch wieder verschwinden. In schwereren Fällen wiederholt sich dieses Ereigniss häufiger, ohne zu erheblichem Schaden zu führen. Die schwersten Krankheitserscheinungen werden eben hervorgerufen, wenn die Dysphagie lange Zeit hindurch oder dauernd bei jeder Mahlzeit sich einstellt.

Die Anstauung von Nahrungsbestandtheilen in einem Vormagen verursacht ganz charakteristische Beschwerden und Krankheitserscheinungen. Bei mässiger Füllung des Sackes besteht ein unbehaglicher, „steinerner" Druck über dem Magen, hinter dem Brustbein. Füllt sich der Sack stärker an, so müssen die Kranken mit Essen und Trinken aufhören und zuwarten, bis sich die Entleerung des — sagen wir — Vormagens bewerkstelligt hat. Thun sie dies nicht, so ruft jeder weitere Schluck oder Bissen durch stärkere Dehnung des Sackes heftigen Schmerz hervor.

Entleert sich der Sack in den Magen, was bei noch genügendem Tonus der Speiseröhrenwand oft ziemlich rasch geschehen kann, so verschwindet der Druck oder der Schmerz hinter dem Brustbein und bei entsprechender Vorsicht im Kauen und Schlucken kann dann eine Mahlzeit ohne weitere Störung ganz beendet werden. Ist aber der Zugang zum Magen erschwert, etwa weil ein verschluckter Bissen zu gross war, oder weil in Folge grösserer Reizung der Wand am unteren Pole einer spindelförmigen Speiseröhrenerweiterung ein Spasmus sich eingestellt hat, so kommt es zum Regurgitiren.

Bald treten Regurgitationen ein nur nach dem Verschlucken grosser und fester Bissen, bald nach jeder Art von Speise und Trank, oft gleich nach dem Schlucken, oft erst stundenlang nach der Nahrungsaufnahme. Das Regurgitiren kann spontan erfolgen und ohne besondere Beschwerden vor sich gehen, ähnlich wie das „Speien" der Säuglinge. Es kann aber auch mit heftigem, beschwerlichem Würgen verbunden sein. Dabei kommt entweder alles Verschluckte mit Schleim und Speichel vermengt wieder herauf, oder aber es werden nur die festen Bestandtheile der Nahrung hochgebracht, während die flüssigen in den Magen gelangen. Die in grösseren Mengen heraufgewürgten Massen werden gewöhnlich nach aussen entleert, während kleinere Volumina hochkommender Nahrung oft wieder verschluckt werden. Mitunter wird in solchen Fällen das Regurgitiren zur Gewohnheit und wir haben dann eine besondere Art des Wiederkäuens oder der Rumination vor uns.

Einem meiner Patienten, der viel zu trinken pflegte, entleerte sich der im Vormagen angestaute Inhalt häufig durch die Nase; oft geschah dies des Nachts im Schlafe unbemerkt und erst beim Erwachen zeigte ihm das beschmutzte Kissen, was geschehen war. Bei dem von mir beschriebenen Kinde mit dem Vormagen (Krankheiten der Verdauungsorgane I, S. 109) stellte sich nur Nachts im Bette ein eigenthümlicher Husten ein, der vermuthlich durch Aspiration hochgekommenen Vormageninhaltes ausgelöst wurde. Auch traten in diesem Falle merkwürdig laute und glucksende respiratorische Geräusche in der Brust auf, wie wenn Flüssigkeit und Luft vom Vormagen her durch die Zwerchfellsbewegungen in der Speiseröhre auf- und abbewegt würden. Diese Geräusche ängstigten die Mutter des kranken Kindes derart, dass sie selbst den Schlaf nicht finden konnte oder aus demselben aufgeschreckt wurde. Kam es nun bei einem stärkeren Hustenanfall endlich zum Erbrechen, d. h. zum Ausleeren des Vormagens, so hörte der Husten und das Rasseln in der Brust für den Rest der Nacht ganz auf, und das Kind schlief tief und ruhig weiter.

Recht qualvolle Zustände treten auf, wenn in einem Vormagen verschluckte Massen oder vom Magen heraufkommender Inhalt, Gase oder saurer Speisebrei eingeklemmt werden. Solche **Incarcerationserscheinungen kommen in Vormagen mit entzündeter oder stärker gereizter Wandung** häufig zu Stande und zwar dadurch, dass ein chemisch oder mechanisch stärker reizender Inhalt die Mus-

culatur zu spastischer Contractur anregt, wobei sowohl am oberen als am unteren Pole des Vormagens ein Abschluss bewerkstelligt und ein Entweichen des angestauten Vormageninhaltes nach oben oder unten unmöglich gemacht wird.

Besteht ein solcher Spasmus oder stellt er sich beim Sondiren ein, so stösst die Sonde sowohl am oberen als am unteren Ende einer Speiseröhrenspindel auf einen Widerstand, der aber langsam und schonend zu überwinden ist. Entleert sich dabei der Vormageninhalt durch die Sonde, so hören die vorher furchtbaren Beschwerden ganz plötzlich auf. Während der Incarceration klagen die Kranken über einen heftigen Schmerz, „wie wenn ihnen die Brust auseinandergerissen würde“. Mit diesem Schmerz ist oft auch Angst, Athemnoth und Beklemmung verbunden.

Die Einklemmungserscheinungen treten anfallsweise auf, namentlich während der Mahlzeiten. Ein Anfall hält gewöhnlich nur kurze Zeit an, einige Secunden, eine oder mehrere Minuten. Er endet mit dem Hinabgleiten des Vormageninhaltes in den Magen oder mit Herauswürgen desselben. Sehr leicht kehren die Einklemmungserscheinungen wieder: die Kranken werden desshalb sehr vorsichtig beim Essen, nehmen nur kleine Schlücke und kleine Bissen und kauen mit grösster Sorgfalt. Entsteht trotzdem eine Oesophagitis oder Gastritis oder ein stärkerer Reizzustand des Vormagens an seinen Polen (Fissuren und Rhagaden, Schleimhautexcoriationen durch unvorsichtiges Sondiren), so werden die Kranken gezwungen, ihre Mahlzeiten einzuschränken und trotz des Hungers feste Nahrung, Fleisch und Brot und sonstwie reizende Substanzen, namentlich Alkoholica zu vermeiden. Es entwickelt sich desshalb rasch ein Zustand der Unterernährung, Abmagerung und Entkräftung, dessen Eintritt noch dadurch beschleunigt wird, dass trotz aller Vorsicht beim Essen und Trinken ein Theil der aufgenommenen Nahrung in der Speiseröhre anstaut, diese noch mehr (also auch oberhalb des Vormagens) erweitert und schliesslich doch durch Auswürgen dem Körper verloren geht.

Die Gelegenheitsursachen, welche einen Vormagen aus seinem Latenzstadium hervortreten machen und das geschilderte Krankheitsbild — in oft sehr merkwürdiger individueller Färbung — hervorrufen, können sehr verschiedenartig sein. Die an anderem Orte mitzutheilenden Krankengeschichten (Vogelsang) werden hierüber Näheres berichten. Ich will hier nur einen Fall mittheilen, bei welchem jeweils eine Schwangerschaft schwere Krankheitserscheinungen von Seiten eines Vormagens hervorrief und zwar dadurch, dass bei dem morgendlichen Uebelsein im Anfang der Schwangerschaft durch die reflectorisch ausgelösten Brechbewegungen Mageninhalt in den Vormagen gepresst, dort incarcerirt wurde, ohne dass er nach oben entleert werden konnte. Hierzu kam dann noch die Erschwerung des Schlingens, die Anstauung der verschluckten Nahrung und die immer grösser werdende Erweiterung der Speiseröhre oberhalb des eigentlichen Vormagens.

Frau M. aus R., 27 Jahre alt, über mittelgross, schlank und gut gebaut, aber sehr blass und abgemagert, erinnert sich aus der Kinderzeit, dass ihr öfters Kirschen im Schlunde stecken blieben und wie ein Stein über dem Magen drückten, bis sie wieder in den Mund heraufkamen. Im 10. Jahre erkrankte sie an Diphtheritis und konnte damals einige Tage lang gar nichts schlucken. Sogar von den Eisstückchen, die sie in den Mund bekam, sei nach einiger Zeit das geschmolzene Wasser immer wieder aus dem Halse heraufgekommen. Auch sei damals von Milch oder Schleimsuppe nach einiger Zeit wieder etwas in den Mund heraufgekommen und habe einen so eigenthümlichen Geschmack gehabt, dass sie diesen nie mehr habe vergessen können. Seit dem sie so schlecht schlucken könne, empfände sie jenen eigenthümlichen fad-sauren Geschmack fast anhaltend. Als junges Mädchen bekam sie bei Aufregungszuständen hin und wieder einmal Schluckbeschwerden, so dass ihr die Bissen im Halse stecken blieben, sonst war sie aber gesund und blühend und verheirathete sich mit 21 Jahren.

In der ersten Schwangerschaft 1894 hatte sie des Morgens viel an Uebelkeit zu leiden. Trotz heftiger Würgbewegungen kam es aber niemals zum Erbrechen, nur entstand ein starker Druck über dem Magen und dieser steigerte sich zu Schmerzen, „wie wenn alles in der Brust auseinanderreissen müsste“. Dabei wurde ihr ganz schlecht, ohnmachtähnlich, und die Speiseröhre brannte den Hals hinauf wie Feuer. Dazu gesellten sich nun Schluckbeschwerden, zuerst nur beim Genuss fester Nahrung, dann auch bei Flüssigkeiten. Die Bissen blieben über dem Magen stecken; Versuche, dieselben mit Flüssigkeiten hinunterzuspülen, gelangen manchmal. Oft ging aber auch Alles wieder oben heraus, der Druck über dem Magen blieb jedoch bestehen und wurde oft furchtbar schmerzhaft. Oft konnte Patientin tagelang gar nichts geniessen und magerte desshalb sehr rasch ab.

In der chirurgischen Klinik zu Tübingen, wo Patientin gegen ihr Leiden Hilfe suchte, diagnosticirte Herr Professor Bruns ein Divertikel der Speiseröhre. Er sondirte und liess auch zu Hause die Sonde weiter gebrauchen.

Nach der Entbindung besserte sich der Zustand rasch wieder, so dass sich die Patientin gut erholte. Bald stellte sich aber die zweite Schwangerschaft ein und damit wieder derselbe Zustand, wie das Jahr vorher.

Diesmal wandte sich Frau R. an Herrn Professor Liebermeister in Tübingen, welcher eine spastische Stenose der Cardia annahm und während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes in der Klinik Sondenfütterung vornehmen liess. Mit dem Aufhören dieser Behandlung verschwand die erzielte Besserung wieder und der üble Zustand dauerte an, bis nach der Entbindung, dann erholte sich Patientin wieder sehr rasch.

Während der dritten Schwangerschaft 1896 übernahm Herr Oberamtsarzt Russ die Behandlung und erhob dabei folgenden Befund: Zarte, anaemische Frau mit Blutgeräuschen über Mitralis und Pulmonalis. Lungen frei. Links hinten unten am Thorax eine spindelförmige, bis zum 6. Brustwirbel hinaufreichende, unten 3 fingerbreite Dämpfung. Beim Einführen einer weichen Sonde (No. 18) fliesst reichliche, sauerriechende, fadenziehende Flüssigkeit, mit Speiseresten vermischt, aus der Sonde, noch ehe diese in den Magen gelangt ist. Die Sonde gleitet leicht in den Magen, auch Sonde 22 lässt sich leicht einführen. Dämpfung hinten unten nachher verschwunden.

Bei der nächsten Untersuchung Unmöglichkeit, die Sonde einzuführen, ein anderes Mal Widerstand beim Herausziehen.

Auf Grund dieser Befunde diagnosticirte Dr. R.: spastische Stenose der Cardia, Stauungsectasie der Speiseröhre, auch Anätzung der Schleimhaut der ectatischen Stelle durch stagnirenden Inhalt.

Galvanisiren erwies sich ohne Erfolg. Nach der Entbindung wurde der Zustand wieder erträglich, bis mit dem Eintritt der 4. Schwangerschaft, eingeleitet durch die morgendlichen Uebelkeiten, wieder so starke Beschwerden sich einstellten, dass bis zur Entbindung die Frau 2 mal täglich von ihrem Manne mit der Sonde gefüttert werden musste. Nebenher konnte sie nur wenig flüssige Nahrung nehmen.

Trotz der ernstlichen Erkrankung der Mutter bei jeder Schwangerschaft sind alle Kinder gesund und wohlentwickelt. Keines zeigt Schlingbeschwerden; Eltern und Verwandte der Mutter sind auch frei von solchen.

Nach der 4. Geburt kam wieder eine Besserung, bis mit Eintritt der jetzigen 5. Schwangerschaft der Zustand sich von Neuem verschlimmerte. Auf Rath des Dr. R., welchem ich einen ausführlichen Krankheitsbericht verdanke, kam Patientin im 3. Monat ihrer 5. Schwangerschaft in meine Behandlung.

Durch äussere Untersuchungen war nicht Abnormes wahrnehmbar, nur schien die Frau mager und blutleer; der Haemoglobingehalt ihres Blutes betrug ca. 50 Proc. (Fleischl), im Urin war weder Eiweiss noch Zucker. Beim Einführen einer weichen Schlundsonde stiess ich an verschiedenen Stellen der Speiseröhre auf leichten Widerstand, auf einen unüberwindlichen erst 51 cm hinter der Zahnreihe. Während der Sondirung flossen insgesammt etwa 200 ccm einer trüben, fadsäuerlich riechenden, mit Speiseresten vermischten Flüssigkeit aus der Sonde. Nach der Spülung der erweiterten Speiseröhre mit lauwarmem Wasser wurde eine halbweiche Sonde eingeführt, welche endlich auch in den Magen gelangte.

Dabei zeigte sich, dass der Magen selbst auch Flüssigkeit enthielt. Diese hatte eine andere Färbung, als die aus der Speiseröhre heraufgeholte, gab aber keine Salzsäurereaction. Eine Reinwaschung des Magens konnte mit der halbweichen Sonde nicht erzielt werden. Nach der künstlichen Fütterung mit ca. 600 ccm Haferbrei mit Milch verdünnt, wurden die Grenzen des Magens bestimmt und dabei gefunden, dass die grosse Curvatur halbhandbreit unter den Nabel reichte und dass der Magen in grosser Ausdehnung plätscherte. Er war also sehr schlaff. Ord.: Bettruhe und flüssigbreiige Nahrung, häufiges Trinken kleiner Portionen von Vichywasser, um auf die offenbar sehr gereizte Speiseröhrenschleimhaut mildernd einzuwirken.

Am 2. Tage ging die Sondirung viel leichter von Statten; dieselbe weiche Sonde, mit welcher die Speiseröhre gespült worden war, glitt nach kurzem Aufenthalt beim Hinderniss 51 cm hinter den Schneidezähnen in den Magen, konnte also auch zum Spülen dieses Organes und zur Fütterung verwendet werden.

Wiederum war der Magen Früh nüchtern nicht leer, sondern enthielt Nahrungsüberreste von anderer Beschaffenheit, als der Speiseröhrensack.

Abends vor dem Einschlafen wurde von nun an der Speiseröhrensack mit einer weichen Sonde durch Expression täglich entleert (ohne Spülung). Des Morgens fand sich dann von Tag zu Tag weniger angestaute Flüssigkeit im Vormagen. Der Magen selbst blieb jedoch noch eine Zeit lang motorisch insufficient, enthielt Früh nüchtern eine trübe Flüssigkeit und musste vor der künstlichen Fütterung reingespült werden, wozu in der Regel 5—6 Trichter Spülwasser nöthig waren.

Nach 6 Tagen liess ich Patientin, die inzwischen um 6½ Pfd. zugenommen hatte und sich beschwerdefrei fühlte, aufstehen.

Auch wurden Versuche mit fester Nahrung gemacht, mit gekochten Mehlspeisen und gewiegtem Fleisch, die gut ausfielen. Des Abends wurden aus dem Vormagen 150—100 ccm Inhalt herausgeholt, Frühmorgens nur etwa 30 ccm, meist aus trübem Speichel mit viel Plattenepithelien bestehend. Im nüchternen Magen war weniger Inhalt als Anfangs, leer war er aber immer noch nicht. Zur künstlichen Fütterung wurden nun 800—900 ccm Hafergrütze und Milch verwendet. Der Stuhl war angehalten, so dass durch Klystiere nachgeholfen werden musste, aber gut ausgenutzt und verdaut. Schlaf und Appetit gut, überhaupt Allgemeinbefinden vorzüglich, da Patientin keine Beschwerden mehr hatte und die gewohnte Procedur der Fütterung sie kaum belästigte.

Erst nach 4 Wochen war die Atonie des Magens soweit behoben, dass der nüchterne Magen leer und rein war und nur noch wegen des vom Vormagen abgeflossenen Inhalts kurzer Spülung bedurfte.

Auch die Stauungserweiterung der Speiseröhre ging täglich zurück: Abends selten über 100 ccm angestauter Speisereste, Morgens 20—30 ccm trüben Speichels im Vormagen. Einige Male war der Vormagen Früh nüchtern sogar leer.

Die Spülung der Speiseröhre wurde allmorgendlich stufenweise vorgenommen und so ausgeführt, dass man 30 cm hinter der Zahnreihe kleine Wassermengen (50—75 ccm) einlaufen liess. Ein Ueberlaufen nach dem Kehlkopf und Hustenreiz kam selten einmal vor, weil die Speiseröhre sich oben fest um die Sonde anlegte und so einen Abschluss bildete. Wenn die Speiseröhre voll war, stockte der Zufluss aus dem hochgehaltenen Trichter ruckweise. Unter fortwährendem Spülen wurde nun die Sonde tiefer geschoben, so dass die Speiseröhrenwand in jeder Höhe bespritzt, sozusagen gedoucht wurde. Regelmässig stiess man 44 cm hinter der Zahnreihe auf ein kleineres, 51 cm auf ein grösseres Hinderniss, die aber beide bei hochgehaltenem Trichter und gleichzeitigem Schlucken mit der weichen Sonde überwunden werden konnten.

Ich vermuthe, dass diese beiden 7 cm auseinander stehenden Hindernisse dem oberen und dem unteren Pole der Vormagenspindel entsprechen.

In den letzten 2 Wochen ihres Heidelberger Aufenthaltes konnte die Patientin die Spülung der Speiseröhre, des Vormagens und des Magens, dessgleichen auch die Fütterung Frühmorgens selbst ausführen; sie that dies stets unter Aufsicht, aber so correct und zuverlässig, dass man ihr die Selbstbehandlung auch daheim überlassen konnte. Mittag- und Abendessen, aus gemischter, fester Nahrung bestehend, dessgleichen die flüssigen Zwischenmahlzeiten um 10 Uhr und um 4 Uhr genoss sie ohne Sonde ohne Beschwerden. Brechreiz, Regurgitiren oder Herauswürgen kam nicht mehr vor. Nur einmal, als Patientin, einem Gelüste folgend, auf dem Markte rohes Obst gekauft und etwas hastig gegessen hatte, empfand sie Druck über dem Magen, bis die Obstreste des Abends aus dem Vormagen entfernt wurden. Die vor dem Einschlafen aus dem Vormagen mit der Sonde herausgeholte Menge zurückgehaltener Speisereste betrug auch zuletzt immer noch 70—90 ccm.

Dagegen war das Spülwasser von Speiseröhre, Vormagen und Magen Früh nüchtern fast ganz klar und reagirte nicht mehr sauer. Die frei Salzsäure fehlte in einer 3 Stunden nach einem Probemittagessen (Schleimsuppe, Rostbeef und Kartoffelbrei) entnommenen Mageninhaltsprobe; die Acidität des Mageninhaltes betrug 65, diejenige des Vormageninhaltes 35! — Gekräftigt und blühend aussehend, mit einer Gewichtszunahme von 13 Pfund und einer Steigerung des Haemoglobingehaltes des Blutes um 20 Proc. (nach Fleischl) wurde Patientin nach 6 wöchentlicher klinischer Behandlung nach Hause entlassen, um dort die Selbstbehandlung in der angelernten Weise bis zur Entbindung fortzusetzen. Subjectiv fühlte sich Patientin so wohl wie seit ihrer Mädchenzeit nicht mehr. Die Schwangerschaft machte ihre keine Beschwerden, täglich konnte Patientin Spaziergänge von 2—3 Stunden ohne Anstrengung unternehmen.

Nach kürzlich eingetroffenen Nachrichten ist die Entbindung gut von Statten gegangen — nach dem Wochenbett hat aber Patientin wieder zur Sonde greifen müssen, um beschwerdefrei zu sein.

Die Diagnose einer Speiseröhrenerweiterung ist aus den wohlcharakterisirten Krankheitserscheinungen, welche durch die Anstauung von Speise, Trank und Speichel oberhalb des Magens verursacht werden, leicht zu stellen.

In manchen Fällen gibt dann die Vorgeschichte der Kranken darüber Aufschluss, ob schon in früher Jugend gelegentlich Schlingbeschwerden da waren oder ob im Laufe der Jahre periodische Störungen auftreten, welche auf angeborene Formanomalien der Speiseröhre hinweisen. Endlich müssen die Resultate einer oft wiederholten Sondenuntersuchung ergeben, dass der unterste Abschnitt der Speiseröhre eine spindel- oder sackförmige Erweiterung trägt, ohne dass eine organische Stenose durch Narbe oder Neubildung vorhanden ist, die man als Ursache dieser Erweiterung ansprechen könnte. So lange oesophagitische Reizzustände in dem erweiterten Speiseröhrenabschnitt bestehen, welche bei der Sondenberührung die Wandung zu spastischen Contracturen anregen, ist jene Entscheidung nicht immer bestimmt zu treffen. Desshalb wird die sichere Diagnose einer angeborenen Speiseröhrenerweiterung oftmals erst im Verlaufe der Behandlung, und zwar der erfolgreichen Behandlung, möglich.

Grosse Schwierigkeiten bereitet in vielen Fällen die Frage, ob die angeborene Erweiterung oberhalb oder unterhalb vom Zwerchfell sitzt, ob also ein Vormagen oder ein Antrum cardiacum vorliegt. Meine Sectionsbefunde betrafen jeweils Vormagen. Man könnte also glauben, dass diese Art angeborener Speiseröhrenerweiterungen häufiger sei, als die unterhalb vom Zwerchfell gelegenen. Einen gewissen Widerspruch rufen aber die Sondirungsergebnisse bei den klinisch behandelten Fällen hervor, denn da wurden fast durchgehends die auf die unteren Pole der spindelförmigen Erweiterungen bezogenen Widerstände sehr tief gefunden, tiefer als man gewöhnlich den Hiatus oesophageus anzunehmen pflegt. In solchen Fällen werden etwaige Zweifel durch die Untersuchung mit Röntgenstrahlen beseitigt werden können, nachdem die Patienten ihren Vormagen mit einer Wismuthaufschwemmung oder mit einem reichlich mit Wismuth gemischten Brei gefüllt haben.

Die Behandlung der durch einen Vormagen (ein Antr. cardiacum, eine spindelförmige Erweiterung oder ein tiefsitzendes Divertikel der Speiseröhre) hervorgerufenen Störungen erfordert ebensoviel Geschicklichkeit, Geduld und Ausdauer vom Arzte wie vom Kranken.

Die erste Aufgabe wird sein, den Kranken an die Einführung der Sonde zu gewöhnen, dann das geeignetste Instrument und die Methode ausfindig zu machen, mit welcher man schonend und sicher in den Magen gelangt. Es ist von vornherein ein unschätzbarer Vortheil, wenn man möglichst dicke Sonden in den Magen bringt, auch möglichst weiche. Man kann dann die Sondenfütterung viel leichter bewerkstelligen, als mit dünnen Sonden, grössere Mengen von Nahrung und nicht nur flüssige, sondern auch breiige, ja sogar feste, zerkleinerte und gemischte Nahrung einführen, also den Bedarf des Körpers decken.

Gestatten es die Verhältnisse, die Sondirung und Sondenfütterung dreimal täglich auszuführen und auf diese Weise dem kranken oder entkräfteten Körper genügende Nahrungsmengen eine Zeit lang einzuflössen, so bilden sich die vorhandenen Speiseröhrenerweiterungen bald zurück, weil bei künstlicher Fütterung keine Stauung von Speisen mehr stattfindet.

Ist aber die Speiseröhre oder der Vormagen katarrhalisch entzündet oder staut sich selbst der herabfliessende Speichel dort an, so muss vor der Sondenfütterung die Speiseröhrenspülung vorgenommen werden. Sehr bewährt hat sich mir das stufenweise Spülen der Speiseröhre. In der Regel genügte hierzu lauwarmes Wasser; es könnten aber auch schwache adstringirende oder desinficirende Lösungen (Salicylsäure 1:1000) und bei Excoriationen Wismuthaufschwemmungen in Anwendung kommen. Ferner lasse ich trotz Speiseröhrenspülungen und Sondenfütterungen Tags über in Abständen von ¼—½ Stunde kleine Schlucke eines alkalischen, kohlesäurearmen Mineralwassers (am besten Vichywasser), bisweilen auch eine schleimige Flüssigkeit trinken (Quittenkernschleim) oder Stückchen von Gummi arabicum oder nicht gezuckerte Gummikugeln zerkauen.

Haben sich die Verhältnisse allmählich soweit gebessert, dass die Nahrung auf gewöhnliche Weise, ohne Sonde, eingenommen werden kann, so ist es doch zweckmässig — wochen- oder monatelang — des Abends vor Schlafengehen eine weiche Sonde in den Vormagen einzuführen, um etwa zurückgehaltene Speisereste durch Ausdrücken, Aushebern oder noch besser durch rasches Ausspülen zu entfernen und dadurch abnormen Zersetzungen, welche die Speiseröhrenwandung reizen, den Geschmack und die Magenverdauung verderben und üblen Geruch aus dem Munde verursachen, möglichst vorzubeugen. Der Speiseröhrensack bleibt dann wenigstens über Nacht leer und kann sich während derselben auf sein engstes Maass zusammenziehen.

Nach und nach kehrt dann ein Vormagen in sein Latenzstadium zurück, in einen Zustand, in welchem er keine Beschwerden und keine Störungen verursacht, wenn die Ernährungs- und Lebensweise den Locus minoris resistentiae am Ende der Speiseröhre berücksichtigt. Völlig verschwinden wird ein ange-

borener Vormagen nicht, völlige Heilungen haben desshalb die internen Behandlungsmethoden nicht erzielt. Bis jetzt hat es auch nicht den Anschein, dass hier chirurgische Eingriffe Abhilfe schaffen könnten.

Ueber Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes. („Laryngitis diabetica“.)

Von weil. *Otto Leichtenstern* in Köln a. Rh.

(Schluss.)

Die Laryngo- und Pharyngoxerosis diabetica hat, wie die angeführten Krankengeschichten lehren, ihre grosse praktische Bedeutung darin, dass sie als *Früh*symptom des Diabetes, als ein scheinbar rein *locales* Uebel in die Erscheinung tritt und es erklärt sich hieraus die Erfahrungsthatsache, dass solche Fälle oft lange Zeit als rein locale Krankheiten behandelt werden, bis, vielleicht rein zufällig einmal, der Diabetes als Ursache aufgedeckt wird.

Es wird mir der Einwurf nicht erspart bleiben, Zustände geschildert zu haben, welche die natürlichen Attribute eines jeden Diabetikers seien, und dass eben hauptsächlich auf dieser Austrocknung der Schleimhäute des Mundes, Rachens, Kehlkopfs die Steigerung des Durstgefühls bei diesen Kranken beruhe.

Diesem scheinbar berechtigten Einwurf ist entgegenzuhalten:

1. Gesteigertes Durstgefühl ist durchaus nicht das Attribut eines jeden Diabetikers; es gibt zahlreiche Zuckerkranke, welche ohne nennenswerthe Polyurie und ohne jegliche auffallende Polydipsie beträchtliche Mengen Zucker ausscheiden. Ob zufällig oder nicht, die geschilderten Fälle von Laryngo-Pharyngoxerosis diabetica waren sämmtlich solche, welche *ohne Steigerung des Durstes* einhergingen. Gerade das Fehlen dieses Symptoms und die Latenz der übrigen subjectiven Diabetessymptome hatten zur Folge, dass die betreffenden Kranken selbst erfahrenen Aerzten als einfache Fälle von chronischem Pharynx- oder Larynxkatarrh erschienen. Die betreffenden Patienten antworteten auf meine, nach gestellter Diabetesdiagnose, an sie gerichtete Frage, ob sie nicht auch vermehrtes Durstgefühl beobachtet hätten, beispielsweise wie Fall 3, der einen hochgestellten Juristen betraf: „Ich habe durchaus keinen vermehrten Durst; wohl aber zwingt mich die rasche Austrocknung meines Kehlkopfes bei längeren Vorträgen sehr häufig zu trinken, um die Stimme nothdürftig auf ihrem Stande zu erhalten“. (Vergl. Krankengeschichte 3.) Sind derartige Fälle bereits in specialärztlicher Behandlung gewesen, so pflegen sie sich noch bestimmter auszudrücken, sie sprechen dann überhaupt nur noch von ihrem „chronischen Rachen- oder Kehlkopfkatarrh“ als einer erledigten Diagnose.

Seit Jahren habe ich meine an einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Diabeteskranken angestellten Untersuchungen mit einer gewissen Vorliebe auch auf die Inspection des Mundes, Rachens, Kehlkopfs ausgedehnt und dabei Folgendes gefunden:

Die gewöhnlichen Diabetiker, besonders jene mit lebhaft gesteigertem Durstgefühl, schildern auf näheres Befragen ihr Durstgefühl ganz ebenso wie beispielsweise eine Patientin von *Külz*[3]), als ein Gefühl der Dürre des Mundes[4]), der Lippen, des Gaumens. In einigen Fällen, durchaus nicht immer, gibt sich diese Xerostomie, wie man den Zustand nennen kann, auch objectiv durch eine auffallende Trockenheit („trockene Röthe“) der Zähne, des Zahnfleisches, der Wangen- und Gaumenschleimhaut, der Zunge zu erkennen. Diese Xerostomie, welche auf einer verminderten Secretion der Glandulae muciparae und wohl hauptsächlich auf einer Verminderung der Speichelsecretion beruht, kann, wie ich nicht bezweifle, mit der Pharyngo-Laryngoxerosis verbunden vorkommen. Aber meine an letzterer Affection leidenden Diabetiker klagten, wie die mitgetheilten Krankengeschichten lehren, ausschliesslich über Symptome von „Austrocknung des Rachens, der Kehle, oder über rasches Versiegen der Stimme beim lauten Sprechen“ etc., während sie die Erscheinungen der Xerostomie weder subjectiv noch objectiv darboten. Diese Unterscheidung ist von Wichtigkeit, denn, ich scheue nicht zu wiederholen, gerade die Beschränkung der Trockenheit auf den Kehlkopf oder die hintere Rachenwand oder beide gleichzeitig, bei Abwesenheit von Xerostomie, von gesteigertem Durstgefühl und allen anderen subjectiven Diabetessymptomen ist es, was die Laryngo-Pharyngoxerosis diabetica so oft als einfachen „Katarrh“ oder „Pharyngitis sicca“ erscheinen und die Aetiologie, den Diabetes, übersehen lässt. Es erübrigt noch nachzutragen, dass die Kranken mit Laryngoxerosis diabetica weder über Schmerz im Kehlkopf klagen noch Husten darbieten. Dass der Kehlkopf einen höheren Grad von Austrocknung erfahren kann, ohne dass dadurch Husten erregt würde, beweisen bekannte Erfahrungen, z. B. in der Cholera. Von der Laryngoxerosis diabetica sind überdies hauptsächlich die Stimmbänder befallen, deren Reizung nach bekannten Versuchen keinen Hustenreflex auslöst.

Was nun die Pathogenese unserer Affection und der mit ihr zwar nicht verbundenen, aber auf gleicher pathogenetischer Stufe stehenden Xerostomie anlangt, so leuchtet vor Allem ein, dass es weder der vermehrte Zuckergehalt des Blutes, noch der gesteigerte Wasserverlust aus dem Blute durch die Nieren sein kann, der dieser Xerosis zu Grunde liegt. Wäre dies der Fall, so müsste jeder Diabetiker mit reichlicher Melliturie und Hydrurie die genannten Erscheinungen von Seiten des Mundes, Pharynx und Larynx darbieten. Dem ist aber durchaus nicht so. Sowohl die Xerostomie als die noch weitaus seltenere Laryngo-Pharyngoxerosis diabetica werden mit ihren subjectiven und objectiven Symptomen nur bei einem sehr geringen Procentsatz der Diabetiker beobachtet; irgend welche Proportionalität zwischen der Intensität des Diabetes (an Zucker -und Wasserausscheidung gemessen) und unserer Affection besteht nicht. So werden wir auf andere pathogenetische Vorgänge hingewiesen und diese können wir in nichts anderem suchen, als in der Wirkung secretorischer Nerven resp. deren Centren.

Die directe und indirecte Abhängigkeit jedweder Drüsensecretion vom Nervensystem darf als Axiom betrachtet werden. Von diesem Gesetze ist auch die Secretion der Glandulae muciparae der Mund-, Rachen-, Kehlkopfschleimhaut etc. nicht ausgenommen, mögen auch experimentelle Untersuchungen diese Drüsenkategorie betreffend, soweit ich im Augenblick übersehen kann, nicht vorliegen. — In den 3 Fällen von Xerostomia diabetica beruht die Trockenheit der Mundhöhle wohl der Hauptsache nach auf einer Verminderung der Speichelsecretion. Seit den Untersuchungen *Eckhard's*, *Nöllner's*, *Grützner's* ist bekannt, dass am Boden des IV. Ventrikels ein Centrum für die Speichelsecretion gelegen ist, dessen zufällige Mitverletzung bei der Piqûre in den Versuchen *Eckhard's* z. B. Salivation zur Folge hatte. So ist auch *Külz* in einem Falle von Ptyalismus, den er bei einem Diabetischen beobachtet, geneigt, den Ptyalismus von einem abnormen Reizzustande des Centrums für die Speichelsecretion abzuleiten. Wenn aber Reizung dieser Centren vermehrte Secretion zur Folge hat, so steht der Hypothese nichts im Wege, dass eine andersartige Störung, sagen wir Lähmung oder Ausserfunctionsetzung der betreffenden Centren (vielleicht auch Reizung secretionshemmender Centren) Verminderung der Speichelsecretion, Xerostomie herbeiführen kann.

Von diesen kaum zu bestreitenden Sätzen aus gehe ich nun zur Erklärung unserer *isolirt* auftretenden Laryngoxerosis und Pharyngoxerosis einen Schritt weiter und nehme an, dass auch die Secretion der Glandulae muciparae des Larynx und Pharynx am Boden der Rautengrube in der unmittelbaren Nähe der vorhin genannten Centren ein Centrum besitzt, vielleicht ein erregendes sowohl als ein hemmendes, von dessen Thätigkeitszustand die Menge und Beschaffenheit des Secrets der Glandulae muciparae abhängt. Je nach der Art und räumlichen Ausdehnung der directen oder reflectorischen Störung, die in diesen Centren im Diabetes stattfinden kann, beobachten wir bald vermehrte, bald verminderte Secretion, bald ausschliessliche Xerostomie oder ausschliessliche Pharyngoxerosis oder auch ausschliessliche Laryngoxerosis, während eine sehr ausgedehnte Störung Xerostomie und Pharyngo-Laryngoxerosis gleichzeitig zur Folge haben muss.

---

[3]) Beiträge z. Path. u. Therap. d. Diabetes mellitus. Marb. 1874, S. 18.

[4]) Einzelne Diabetiker localisirten ihr gesteigertes Durstgefühl merkwürdiger Weise auf den *Magen*. Ich will hier nicht in das dunkle Gebiet der Physiologie und Pathologie des Durstgefühls einlenken und die schwierige Frage meiden, ob der Durst stets „auf einer primären Erregung der Tastnerven des Gaumens durch das wasserverarmte Blut beruht“ oder durch dieselbe Blutbeschaffenheit auch in anderen Organen, insbesondere direct in noch unbekannten Centralorganen erzeugt werden kann.

Den Anstoss zu diesen Erläuterungen gaben aber nicht die bisher mitgetheilten Erfahrungen, sondern eine andere, wenn auch seltenere, aber weit wichtigere und schwerere Erkrankung des Kehlkopfs. Es handelt sich um eine acute, scharf umschriebene, meist in kurzer Zeit die Stelle wechselnde, d. h. verschiedene Kehlkopfregionen hintereinander befallende Entzündung mit Ausgang in Abscessbildung, eine Affection, welche mit der diabetischen Hautfurunculose[5]) auf gleicher Stufe steht und die ich daher am liebsten als Furunculosis laryngis diabetica bezeichnen möchte.

Diese Erkrankung ist eine ausserordentlich seltene. Unter 412 Fällen von Diabetes, welche ich in meinen Journalen seit dem Jahre 1879 hier, in Köln, gesammelt, ist die Furunculosis diabetica laryngis nur in 2 einander völlig analogen Fällen von mir beobachtet worden. Ihr aetiologischer Zusammenhang mit dem Diabetes ist über jeden Zweifel erhaben.

Ich will nur den einen dieser Fälle kurz schildern und bevorzuge dabei jenen, welchen ich vor Kurzem mit meinem verehrten Freunde, dem Herrn Sanitätsrath Dr. A. König, gemeinsam mehrere Monate hindurch zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte. Ich kann nicht umhin, Herrn Sanitätsrath Dr. König für die Liberalität, mit welcher er mir die eingehende, fast tägliche Beobachtung dieses Falles gestattete, meinen Dank hier auszusprechen.

Frau K., eine in glänzenden Verhältnissen lebende 50 jährige Dame, erfreute sich stets einer vortrefflichen Gesundheit. Im Laufe des Jahres 1888 litt sie einige Wochen hindurch an recidivirender multipler Furunculose der Haut. Am 14. Dec. 1888 erwachte Pat., nachdem sie bereits einige Tage hindurch eine geringfügige Heiserkeit bemerkt hatte, mit totaler Stimmlosigkeit. Sie schob diese Affection auf eine Tags vorher stattgehabte übermässige Anstrengung des Stimmorgans.

Die nun sofort angestellte Untersuchung des Kehlkopfs ergab zunächst das Bild einer acuten diffusen Entzündung des Kehlkopfeingangs, beträchtlicher Hyperaemie und Schwellung, besonders der Taschenbänder, welche die wahren Stimmbänder vollständig zudeckten, so dass letztere sowohl bei Inspiration als Phonation unsichtbar waren. Der Kehldeckel normal, die aryepiglottischen Falten und die Umgebung des Larynx nicht verändert.

Unsere Diagnose lautete: Acute Laryngitis, besonders der Taschenbänder.

Nach Einleitung einer energischen Therapie ging die Schwellung der Taschenbänder innerhalb weniger Tage zurück, so dass die wahren Stimmbänder ihrer ganzen Länge nach bequem inspicirt werden konnten. Sie zeigten ausser einer gewissen leichten Trübung und matterem Glanze keinerlei Anomalien, waren frei von hyperaemischer Röthung.

Dagegen bot sich nun, bei Fortdauer der absoluten Stimmlosigkeit und der übrigen Beschwerden (mässiger Schmerzhaftigkeit, geringer respiratorischer Behinderung) ein sehr interessanter und seltener Spiegelbefund:

Dicht unterhalb der sogenannten „vorderen Commissur“[6]) der Stimmbänder, also in der Regio hypoglottica anterior, von der Schleimhaut an der hinteren Fläche der Cartilago thyreoidea ausgehend (dem concaven Theile des Winkels entsprechend, welchen die beiden Schildknorpelplatten bilden), präsentirt sich eine in das Lumen des Kehlkopfs vorspringende, kugelige, etwas über erbsengrosse, glatte, grauweisse, oedematös glänzende, blasige, transparente Geschwulst, von dem bekannten Aussehen des acuten Kehlkopfoedems. Indem der oberste Pol der geschilderten Blase zwischen den vorderen Enden der Stimmbänder eindringt, verhindert die Geschwulst den Schluss der Stimmbänder bei der Phonation.

Unsere Diagnose lautete nun: Laryngitis acuta hypoglottica anterior circumscripta = acutes umschriebenes entzündliches Kehlkopfoedem in der Regio hypoglottica anterior.

Trotz der Geringfügigkeit der Stenoseerscheinungen waren wir für gewisse Eventualitäten gerüstet, zogen aber eine zuwartende Stellung vor, verordneten Wärme in Form von Kataplasmen und Inhalationen. Schon am nächsten Tage zeigte die oedematöse Geschwulst vermehrte Spannung ihrer Wände und eine deutlich gelbe Farbe; der Inhalt der Blase war getrübt, sie hatte ihre oedematöse Transparenz verloren, ohne sich wesentlich vergrössert zu haben. Kurz bevor wir die beabsichtigte Incision des „Abscesses“ vorzunehmen gedachten, öffnete sich der Abscess während der Nacht plötzlich spontan unter Entleerung einer unsere Erwartungen übersteigenden bedeutenden Menge eines schleimigen mit Blut vermischten Eiters. Derselbe, mikroskopisch untersucht, zeigte das gewöhnliche Verhalten des Eiters. Tuberkelbacillen, worauf auch bei den späterhin auftretenden Abscessen wiederholt gefahndet wurde, fehlten.

Sofort mit der Eröffnung des Abscesses an der vorderen Kehlkopfwand war der Klang der Stimme wiedergekehrt, wenn diese auch noch viel an Reinheit zu wünschen übrig liess.

Ich will nun den chronologischen Verlauf der Krankengeschichte unterbrechend, bei diesem ersten Abscesse, dessen eigenthümlichen Verlauf schildernd, etwas stehen bleiben. Der Abscess, nach seiner Entleerung eine schlotterige, collabirte, gelbe Tasche darstellend, füllte sich immer wieder auf's Neue, anfänglich schon nach 2—3 Tagen hatte er seine ursprüngliche Grösse mit entsprechender Spannung der Wände erreicht, um dann spontan oder auf mechanisches Ausdrücken mit der Kehlkopfsonde hin wieder zu collabiren unter Entleerung beträchtlicher Eitermengen. Es bedurfte volle zwei Monate (bis Februar 1889), bis es endlich gelang, schliesslich unter energischer Anwendung von Höllensteinätzungen solide und dauernde Heilung mit Zurücklassung einer narbigen Verdickung an genannter Stelle (s. u.) zu erzielen.

Schon glaubten wir (18.—24. Dec. 1888) einen jener seltenen, auch von uns beobachteten Fälle von „idiopathischem Kehlkopfabscess“, von „primärer umschriebener phlegmonöser Laryngitis hypoglottica“ vor uns zu haben, und mein College König wie ich durchforschten die Literatur dieses Gegenstandes, ohne aus derselben über die Aetiologie auch für unseren Fall den geringsten Aufschluss zu erhalten, als uns bei der Untersuchung am 24. Dec. ein eigenthümlicher uns wohl bekannter „Obstgeruch“, chloroformähnlicher Geruch aus dem Munde der Kranken bei der Spiegeluntersuchung auffiel und zu denken gab. Wiewohl Patientin alle unsere sofort auf Diabetessymptome fahndenden Fragen: Polyurie, Polydypsie, Körpergewichtsabnahme, gesteigerten Appetit etc. betreffend, entschieden verneinte und die Anamnese[7]), abgesehen von der uns erst nachträglich mitgetheilten vorhergegangenen Furunculose der Haut, keinen Anlass gab, auf Diabetes zu schliessen, so untersuchten wir den Urin, der bei einem spec. Gewichte von 1040 einen Zuckergehalt von 8 Proc. aufwies.

Nunmehr waren wir, wenige Tage nach Beginn unserer laryngologischen Beobachtungen, über die Natur des vermeintlich „primären“ Kehlkopfabscesses aufgeklärt.

Kehren wir nun zu dem interessanten Verlaufe der Kehlkopfaffection zurück. — Nach der spontanen Eröffnung des geschilderten Kehlkopfabscesses in der Regio hypoglottica anterior, der, wie erwähnt, immer wieder recidivirte, hielten wir den Process im Larynx für örtlich abgeschlossen, als am 30. Dec. plötzlich eintretende erhebliche Beschwerden von Seiten des Larynx (Schmerzen beim Schlingen, totale Heiserkeit) uns eines Anderen belehrten. Die Untersuchung des Kehlkopfes ergab eine bedeutende oedematöse blasige Anschwellung in der Gegend des linken Ary- (Santorinischen)-Knorpels mit nicht unbeträchtlicher Respirationsstörung. Auch hier wiederholte sich derselbe Verlauf, wie bei dem bereits geschilderten Abscesse in der Regio hypoglottica anterior. Die oedematöse Geschwulst trübte sich und platzte spontan unter Entleerung einer beträchtlichen Menge schleimig-blutigen Eiters.

Kurze Zeit darauf (Jan. 1889) wurde ganz in derselben Weise die Gegend des rechten Aryknorpels befallen mit dem gleichen Ausgang in Abscessbildung und spontaner Eröffnung des Abscesses. Während die Gegend des rechten Aryknorpels nach Entleerung des Abscesses bleibend innerhalb weniger Tage zur Norm zurückgekehrt, wiederholte sich die Abscessbildung über dem linken Aryknorpel noch zweimal in längeren (mehrwöchentlichen) Intervallen. Im Jan. 1889 wurde endlich auch die Gegend an der hinteren, oesophagealen Fläche der Cartilago cricoidea inclus. der Hinterfläche der mesoarytaenoidealen Falte von umschriebener Entzündung mit acut oedematöser Schwellung und Ausgang in Abscessbildung befallen, eine Localisation, die mit ausserordentlich schmerzhafter Dysphagie verknüpft war.

Schliesslich trat definitive Heilung ein. Seit März 1889 hat die volle 3 Monate sich hinziehende multiple Abscessbildung im Larynx keine Recidive gemacht. Die Patientin, welche im Sommer einen mehrmonatlichen Aufenthalt theils im Bade Neuenahr, theils in der Schweiz genommen, befindet sich, was ihren Kehlkopf anlangt, gesund, von einer geringfügigen Unreinheit der Stimme abgesehen. An der vorderen Commissur der Stimmbänder resp. dicht unterhalb derselben, da wo der erste häufig recidivirende Abscess seinen Sitz hatte, befindet sich eine weisse, linsengrosse Verdickung (Narbe), welche sich auf den oberen Rand des linken Stimmbandes fortsetzt.

---

[5]) Vergl. Prof. Chiari: Ueber primäre acute Entzündung des submucösen Gewebes des Kehlkopfs. Wiener klin. Wochenschr. X. 5. 1897. S. 110.

[6]) Eine „Commissura anterior“ der Stimmbänder gibt es, strenge genommen, nur im mikroskopischen, nicht im makroskopischen Sinne. Die elastischen und Bindegewebsfasern der beiden Stimmbänder kreuzen sich am vorderen Ende der Stimmbänder. Eine makroskopische Commissur existirt nicht; wohl aber findet sich in der Schleimhaut der Cartil. thyreoidea unmittelbar unterhalb der wahren Stimmbänder resp. unter deren „vorderer Commissur“ mitunter ein kleines, queres Schleimhautfältchen, welches „nur eine physiologische Abnormität und nicht als pathologische Erscheinung, für die es oft gehalten wird, aufzufassen ist“. (Vergl. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfs. 1887. Lief. I, S. 21.)

Dem hier geschilderten Fältchen entsprechend lagert unser oben beschriebener Abscess.

[7]) Nachträglich erzählt Patientin, dass sie seit einem Jahre eine unbezwingliche Neigung zu Süssigkeiten, ganz entgegen ihrer seitherigen Gewohnheit, an sich beobachtet habe, so dass sie mit Vorliebe auf ihren Wanderungen Conditorläden aufsuchte. Auch sei sie einen anhaltenden „süsslichen Geschmack“ nicht losgeworden. Aehnliche Beobachtungen sind einigemale von Diabetikern mir mitgetheilt worden und hinlänglich bekannt.

Der Diabetes besteht in geringerem Grade fort. Patientin gehört zu jenen Zuckerkranken, welche auch nach Ausschluss aller Amylaceen Zucker (in unserem Fall 1,5—2 Proc.) im Harne ausscheiden, ferner zu jenen Diabetikern, welche weder nennenswerthe Polyurie (Harnmenge 1500—2500 in 24 Stunden) noch gesteigertes Durstgefühl darbieten. Sie erfreut sich bei Fortdauer dieser Zuckerausscheidung eines vollkommen normalen Wohlbefindens, ist gut genährt, wenn auch im Vergleiche zu früheren Zeiten magerer geworden. Lungen- und sonstige Organveränderungen fehlen gänzlich.

Epikritisch möchte ich folgende Punkte unsere Furunculosis diabetica laryngis betreffend nochmals betonen:

1. Das acute Auftreten der Larynxaffection zunächst unter dem Bilde eines umschriebenen Larynxoedems, das rasch in Abscessbildung übergeht.

2. Die Wiederholung desselben Vorganges hintereinander an verschiedenen Kehlkopfregionen, wobei, wie es auf Grund meiner zwei Beobachtungen scheint, besonders gerne die Gegend der Spitze des Aryknorpels, der hinteren Fläche der Aryknorpelplatte incl. der mesoarytaenoidealen Falte, die Regio hypoglottica befallen wird.

3. Die für gewöhnlich rasche Heilung des Abscesses nach seiner Entleerung, wobei freilich unser eben geschilderter hypoglottischer (subchordaler) Abscess an der Vorderwand des Kehlkopfes eine sehr bemerkenswerthe Ausnahme bildet.

4. Das Fehlen von Fieber und die dementsprechend geringfügige Alteration des Allgemeinbefindens.

5. Den Umstand, dass das Perichondrium in unseren zwei Fällen stets verschont blieb.

Ich möchte aber, was diesen Punkt anlangt, nicht bezweifeln, dass die Laryngitis phlegmonosa diabetica unter Umständen auch ähnlich wie die analogen entzündlichen Processe in den Lungen der Diabetiker, zu ernsteren, tiefer greifenden Processen, zu Gewebszerfall, Perichondritis mit Knorpelnekrose etc. und auf diese Weise selbst zu chronisch ulcerativen Vorgängen führen könne. Es fehlen mir hierüber bislang eigene Beobachtungen und auch diesbezügliche Mittheilungen in der Literatur sind mir unbekannt.

Mit der Einführung der Laryngitis phlegmonosa diabetica („Furunculosis laryngis diabetica") in die Larynx- und Diabetespathologie eröffnet sich ein völliger Parallelismus der diabetischen Larynx- und Lungenerkrankungen. Letztere anlangend ist klinisch und anatomisch längst bekannt, dass ausser den meist sehr chronisch verlaufenden „tuberculösen" Lungenerkrankungen im Diabetes durchaus anders geartete, entzündliche, acut fortschreitende Infiltrationen, mit oft rapidem Gewebszerfall (Gangraen) oder mit Eiterung (Abscessbildung) und daraus hervorgehende Ulcerationen im Diabetes vorkommen. Der klinische Verlauf dieser Lungenerkrankungen hat lange in der vorbacillären Zeit dieselben von den tuberculösen klinisch scharf getrennt. Ich erwähne beispielsweise nur einen derartigen Fall, den ich vor nunmehr 10 Jahren beobachtete.

Ein kräftiger bis dahin völlig gesunder Mann in den besten Jahren sollte an acuter floridester Phthisis erkrankt sein. Die Zunahme der Lungeninfiltration war von Tag zu Tag constatirt worden. Schon zehn Tage nach dem Beginne der Erkrankung, als ich den Kranken zum ersten Male sah, konnte ich ausser einer totalen Infiltration des ganzen linken Oberlappens die Zeichen einer umfangreichen Höhlenbildung in diesem Lungentheile nachweisen. Der klinische Verlauf liess mich auf Grund ähnlicher Erfahrungen an Diabetes denken und die sofort angestellte Untersuchung des Harnes ergab einen enormen Zuckergehalt desselben.

Der Fall verlief in kurzer Zeit tödtlich.

Aber nicht minder als die Kliniker sind die pathologischen Anatomen mit jenen, von der tuberculösen Lungenerkrankung himmelweit verschiedenen Pneumonien längst vertraut, welche sich meist mit Ausgang in Abscess- und Höhlenbildung oder Gangraen im Diabetes zeigen. Von Schüppel, Buhl z. B. hörte ich diese specifischen acuten und chronischen Diabetespneumonien schon Anfangs der siebziger Jahre beim Capitel der Bronchopneumonien „dissecirende Pneumonien mit Ausgang in nekrotischen Zerfall und Cavernenbildung" (Schüppel) von den tuberculösen Veränderungen scharf trennen.

Mit der epochemachenden Entdeckung R. Koch's ist die Unterscheidung dieser verschiedenartigen pneumonischen Processe im Diabetes klinisch und anatomisch eine ebenso einfache als sichere. Das Gleiche gilt hinsichtlich der Unterscheidung der diabetischen Larynxerkrankungen.

Die diabetische „Laryngitis circumscripta phlegmonosa" pflegt in acuter Weise stürmisch aufzutreten; der scharf umschriebene entzündliche Process führt rasch zu seröser Exsudation, das Oedem reift binnen wenigen Tagen zum Abscesse.

In der laryngologischen Literatur herrscht noch bezüglich der Bezeichnung der im „submucösen Gewebe" auftretenden entzündlichen Vorgänge eine nicht geringe Verwirrung, welche dadurch hervorgerufen ist, dass man, von dem Bedürfnisse ausgehend, für die verschiedenartigen in der Submucosa auftretenden Entzündungsvorgänge einen Collectivnamen aufzustellen, in der Wahl eines solchen nicht glücklich war. Man wählte Namen wie „Oedema laryngis", „Laryngitis phlegmonosa" zu Collectivnamen, welche sich als solche nicht eignen, weil sie eine ganz bestimmte Form, ein bestimmtes Stadium der Entzündung bezeichnen, ein Stadium, das ebenso gut fehlen, als auftreten kann. Auch dem Vorschlage von Jürgensmeyer, die Processe zu trennen und mit Cruveilhier und Friedreich die „rein entzündliche Infiltration des submucösen Gewebes als Laryngitis submucosa" zu bezeichnen, während „für die seröse Durchtränkung dieses Gewebes der Name Oedema laryngis" gebraucht werden soll, kann ich nicht beipflichten. Denn die seröse Exsudation, das entzündliche Oedem ist eben nichts anderes als eine Laryngitis submucosa, die sich von der „einfachen Infiltration" (laryngoskopisch: Hyperaemie, Schwellung) nur durch ein Plus von seröser Transsudation unterscheidet, wodurch im letzteren Falle das charakteristische klinische Bild des Oedema laryngis hervorgerufen wird.

Das Richtige liegt auf der Hand, nämlich alle in der „Submucosa" ablaufenden entzündlichen Processe mit dem Collectivnamen „Laryngitis submucosa" zu belegen und für gewisse Formen und Stadien der Entzündung die Bezeichnungen Oedema laryngis, „Laryngitic oedémateuse (Mande), oder wenn es zur Abscessbildung kommt „Laryngitis phlegmonosa", „Abscessus laryngis", „Laryngitis submucosa purulenta und seropurulenta" (Cruveilhier) etc. zuzulassen.

Die Specialisten lieben, wie es in der Natur der Sache liegt, subtile Eintheilungen ihrer Krankheitsbilder nach anatomischen und klinischen Kriterien, und die Namensgebung hat, wie sich am besten an der dermatologischen Nomenclatur zeigen liesse, ein um so grösseres Feld und um so grössere Berechtigung, je mehr es an aetiologischen Gesichtspunkten für die Eintheilung gebricht.

Was die Aetiologie unseres Falles anlangt, so steht der Zusammenhang der phlegmonösen Laryngitis mit dem Diabetes mellitus wohl ausser Zweifel.

Nachdem es sich um eine Abscessbildung handelt, so entspricht es unseren heutigen Erfahrungen, die Ansiedelung eitererregender Spaltpilze, der ubiquitären pyogenen Staphylococcen im Larynx unserer Kranken anzunehmen. Eine bacteriologische Untersuchung des laryngealen Abscesseiters unterblieb, weil nur eine combinirte und in unserem Falle nicht ausführbare Anordnung des Versuches (Desinfection der Oberfläche des Abscesses, Aspiration des Eiters mittels sterilisirter Spritze) zu einwandsfreien Ergebnissen hätte führen können.

Die von uns beobachtete multiple Abscessbildung im Larynx einer Diabetischen steht aetiologisch mit der diabetischen Hautfurunculose, an welcher auch unsere Kranke einige Monate vor der Larynxaffection gelitten hatte, auf der gleichen Stufe. Ich würde den Ausdruck „Furunculosis laryngis diabetica", da er sofort auf die aetiologische Identität mit der allbekannten diabetischen Hautentzündung hinweist, allen anderen Bezeichnungen vorziehen, wenn eben nicht der Ausdruck Furunkel bisher ausschliesslich für die bekannte von den Haarbälgen, Talg- und vielleicht auch Schweissdrüsen ausgehende Hautentzündung meist mit Ausgang in Eiterung, partielle Nekrose üblich gewesen wäre. Nachdem man aber von einer Pachydermia verrucosa laryngis spricht und auf der anderen Seite das Ekzem als einen „Hautkatarrh" definirt, dürfte auch die Bezeichnung Furunculosis laryngis (man spricht auch von Variola, Erysipelas, Pemphigus laryngis etc.) nicht mehr allzu gewagt erscheinen.

Die Häufigkeit der Hautfurunculose im Diabetes weist darauf hin, dass die Haut des Diabetikers (ebenso wie nach Typhen [*]),

[*]) Wenn jüngst in einem Artikel über „Furunkel" (Eulenburg's Real-Encyklopädie, Bd. VII, S. 373) die Behauptung aufgestellt wurde, dass Furunculosis der Haut „namentlich bei solchen Fällen von Abdominaltyphus sich ereignen, die einer intensiven Kaltwasserbehandlung unterzogen waren", so werden wohl Alle,

acuten Exanthemen, die Haut Kachektischer etc.) besonders disponibel ist für die erfolgreiche Ansiedelung pyogener Staphylococcen, dass die, wie Schimmelbusch[9]) experimentell gezeigt hat, durch Reibung in die Haarbälge und Talgdrüsen eindringenden ubiquitären Staphylococcen beim Diabetiker leichter als beim Gesunden (sei es in Folge einer erhöhten Vulnerabilität, „Kampfuntüchtigkeit" der Epithelzellen, sei es in Folge unbekannter Eigenschaften der Lymphwege der Haut in diesen Fällen) die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe überschreiten und sich erfolgreich, d. h. Entzündung und Abscedirung anregend in dem umgebenden Bindegewebe ansiedeln können[10]).

Im Gegensatze zu der Häufigkeit der Hautfurunculose im Diabetes bildet unsere Furunculosis laryngis diabetica eine grosse Seltenheit. Der Larynx setzt, wie ja auch die Seltenheit primärer Abscesse desselben zeigt, dem Eindringen resp. der Ansiedelung pyogener Staphylococcen einen grossen Widerstand entgegen. Es bedarf einer besonderen Vulnerabilität des Larynx, um dieses Eindringen zu gestatten. In dieser Hinsicht ist, was unseren Fall betrifft, die mehrtägige „Heiserkeit", welche der acuten Abscessbildung vorausging und durch eine Ueberanstrengung des Stimmorgans hervorgerufen war, wie ich glaube, von grosser aetiologischer Bedeutung. Dieser ursprünglich geringfügige acute Larynxkatarrh dürfte meiner Meinung nach den durch den Diabetes bereits praedisponirten Boden in der Weise praeparirt haben, dass nunmehr das Eindringen der ubiquitären pyogenen Staphylococcen ermöglicht wurde. Mit anderen Worten: Der Diabetiker hüte sich vor Larynxkatarrhen, da diese zur phlegmonösen Laryngitis, zur Furunculosis laryngis führen können. Auch in dem Fall, dass, was a priori nicht unwahrscheinlich ist, die constante Anwesenheit pyogener Spaltpilze in den diabetischen Hautfurunkeln dargethan werden sollte, ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass es gewisse, uns unbekannte Stoffwechselproducte („Toxine") im Diabetes sind, welche, vielleicht bei ihrer Ausscheidung durch die Talgdrüsen, daselbst einen Entzündung erregenden Reiz ausüben mit Ausgang in Furunkelbildung (Eiterung + Gewebsnekrose), ähnlich wie z. B. Jod und Brom bei ihrer Ausscheidung durch die Talgdrüsen die unter dem Namen der Jod- und Bromakne bekannte, meist pustulöse Hautentzündung veranlassen, das Brom mitunter umfangreiche furunkelartige Knoten, selbst mit Ausgang in Eiterung und Geschwürsbildung. Auch hinsichtlich der Jod- und Bromakne ist, soviel mir bekannt, die Frage nach der constanten Anwesenheit pyogener Spaltpilze in den Eiterpusteln noch offen. Wenn auch eine Eiterung ohne pyogene Spaltpilze, wie es scheint, zu den grössten Seltenheiten gehört, so hat doch auf diesem in unseren Tagen so häufig durchforschten Gebiet, die, wie es eine Zeit lang schien, gänzlich zurückgedrängte Annahme einer durch gewisse chemische Stoffe hervorgerufenen Eiterung neuerdings wieder festen und sicheren Boden gewonnen. Selbst wenn keiner der zahlreichen Stoffe, mit denen an Thieren experimentirt wurde, jemals, bei einwandsfreier Versuchsanordnung, eine Eiterung zu Stande gebracht haben würde, so wäre damit selbstverständlich noch nicht bewiesen, dass es überhaupt keine chemische Agentien, z. B. pathologische Stoffwechselproducte des Organismus (von den Stoffwechselproducten gewisser Bacterien abgesehen) gäbe, welche Eiterung zu erregen im Stande wären.

Ich beschränke mich auf diese wenigen Bemerkungen, zu welchen mich ein Blick auf die Aetiologie der diabetischen Hautfurunculose veranlasst hat, die zahlreichen Fragen, die sich hierbei aufwerfen, sind um so weniger discutabel, als eben der sichere Weg der exacten Untersuchung bislang fehlt.

welche gleich mir die Kaltwasserbehandlung des Typhus an einem grossen Beobachtungsmaterial (mein Material erstreckt sich auf weit über 2000 Typhen) durchzuführen in der Lage waren, einer derartigen Behauptung als einer durchaus unbewiesenen, ja definitiv irrigen auf das Bestimmteste widersprechen.

[9]) Archiv f. Ohrenheilkunde, 27. Bd., XV, S. 252: „Ueber die Ursachen der Furunkel."

[10]) Bemerkenswerth ist die zeitliche Häufung der Hautfurunkel im Diabetes; der Umstand, dass sich Furunkel innerhalb einer gewissen Zeit hintereinander an den verschiedensten Orten etabliren, um dann wieder längere Zeit hindurch gänzlich zu fehlen, trotz Fortbestandes des Diabetes. Es weist dies auf temporär gesteigerte Disposition zu Furunkelbildung im Diabetes hin. Von einer Einsicht in die Ursachen dieser temporären Schwankungen der Disposition resp. Invasion sind wir natürlich noch weit entfernt. Auch erkranken bekanntlich lange nicht alle Diabetiker an Furunculose. Die Disposition zur Furunculose kommt nur bei einer gewissen Zahl (nach einer Angabe 40 Proc.) der Diabetiker zum Ausdruck und bei einem und demselben Diabetiker nur zu gewissen Zeiten, dann aber erst mit auffallender Multiplicität der Furunkel.

Das Studium der inneren Medicin in Frankreich, England und Deutschland.

Von Privatdocent Dr. L. R. Müller, I. Assistenzarzt an der med. Klinik in Erlangen.

Während einer mehrmonatigen Studienreise in Frankreich und England war es mein Bestreben, neben der Verfolgung wissenschaftlicher Zwecke auch den medicinischen Lehrgang in diesen Staaten möglichst gut kennen zu lernen.

In folgenden Zeilen soll nun ein Vergleich zwischen dem klinischen Unterricht in diesen Ländern und dem in Deutschland gezogen werden. Und zwar möchte ich nicht so sehr das betonen, was an der Ausbildung der Aerzte in England und Frankreich weniger gut ist, als das, was mir der Beachtung und Nachahmung werth erscheint.

Ohne des Chauvinismus geziehen zu werden, können wir sagen, dass der theoretisch-wissenschaftliche Unterricht in Deutschland besser, ja weitaus besser und gründlicher ist, und das wird auch vom Ausland zugestanden. Nicht so ohne Weiteres ist das für die klinisch-praktische Ausbildung zu behaupten. Doch bevor ich auf Vergleiche näher eingehe, sei kurz der ganze Lehrplan in den genannten Ländern besprochen und erwähnt, welche Vorbildung zum Medicinstudium dort verlangt wird.

Bei unseren westlichen Nachbarn[1]) berechtigt zum eigentlich ärztlichen Studium, das mit der Ernennung zum Docteur en médecine abschliesst nur das Baccalauréat des lettres, d. h. das Reifezeugniss eines staatlichen Lyceums, welches im Wesentlichen unseren humanistischen Gymnasien entspricht (9 Jahresclassen, Unterricht im Lateinischen und Griechischen). Die Absolvirung eines Realgymnasiums gibt nur Erlaubniss zum Studium auf den „Officier de Santé", einen Arzt zweiten Ranges, der etwa unserem früheren Wundarzte entspricht.

Im ersten Jahre lässt sich der jugendliche Universitätsstudent bei der Faculté des Sciences einschreiben und hört dort Physik, Chemie, Botanik und Zoologie. Erst nach dem Bestehen eines naturwissenschaftlichen Vorexamens wird er an der Faculté de Médecine immatriculirt und treibt Anatomie und Physiologie. Schon im nächsten Jahre, also im dritten Universitätsjahre, beginnt die klinische Praktikantenzeit (Stage hôpitalier), welche während dreier Jahre die Anwesenheit der Candidaten in den Krankenhäusern erfordert. Der „Stagiaire" hat die Vormittagsvisite mitzumachen und über Kranke, die ihm zugetheilt werden, Journal zu führen. Und zwar muss er je ein Jahr an einer medicinischen und an einer chirurgischen Klinik bleiben, drei Monate auf einer gynäkologischen Station, den Rest der vorgeschriebenen drei Jahre kann er an Spitälern für Kinder-, Haut- und Geschlechtskrankheiten verbringen. Im Laufe dieser Zeit hat er sich verschiedenen Prüfungen (die erste über Anatomie und Physiologie) zu unterwerfen, deren Bestehen für das Weiterschreiten seines Studiums Bedingung ist. Die Nachmittage werden durch theoretische Vorlesungen und praktische Uebungen ausgefüllt. Den Schluss des medicinischen Studiums bildet ein strenges Examen in allen klinischen Fächern. Nach Einreichung der Thèse (Dissertation) wird Doctortitel und die Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis gleichzeitig ertheilt.

Mit dieser fünfjährigen Studienzeit wird sich der französische Mediciner im Hinblick auf sein späteres Fortkommen nur ausnahmsweise begnügen. Er wird immer darnach trachten, während seines Studiums eine Stelle als Externe und, wenn irgend möglich, auch eine solche als Interne des Hôpitaux zu erlangen. Die Zulassung zu beiden hängt von einem Concurs, einer Prüfung, ab. Das Externat ist der Einrichtung unserer Unterassistenten zu vergleichen, die damit im Krankendienst zugebrachte Zeit wird als Stage, als Praktikantenzeit angerechnet. Die begehrte Stelle eines Interne ist bezahlt, bietet Wohnung im Hospital und entspricht dem deutschen Assistenzarzt, nur mit dem Unterschied, dass die Schlussprüfungen erst nach dieser Zeit abgelegt werden, die Internes also keine approbirten Aerzte sind. Wegen des grossen Zudrangs zu diesen Stellen darf der Interne nicht länger als ein Jahr auf einer Abtheilung des Krankenhauses bleiben. Zur Erlangung eines Ansehen als Arzt und einer guten Praxis ist es sehr wünschenswerth, eine derartige Ausbildung nachweisen zu können. Allerdings wird damit die Zeit vom Beginn des Studiums bis zur Approbation auf 6—9 Jahre verlängert

Ganz anders ist der Studiengang in England. Staatliche Schulen, die unseren Gymnasien entsprechen, gibt es dort nicht. Es wird nicht darnach gefragt, auf welchen der vielen Privatschulen (Boarding Schools) die Vorbildung erworben wurde. Der Eintritt in eine Medical School hängt lediglich von einer Auf-

[1]) Mittheilungen über den französischen Studiengang verdanke ich zum Theil Herrn Dr. Schober in Paris, der früher schon in der Zeitschrift „Die Heilkunde" 1898 einen ausführlichen Aufsatz über das französische Medicinstudium veröffentlicht hat. In derselben Monatszeitung finden wir einen Artikel: „Die ärztliche Erziehung in England" von zum Busch (Die Heilkunde, October 1897).

nahmsprüfung ab, auf die sich der zukünftige Mediciner meist durch einen Einpauker vorbereiten lässt. Die wohlhabenden Studenten verbringen, ehe sie sich dem Fachstudium zuwenden, meist einige Semester auf den Universitäten zu Oxford und Cambridge zu philosophischen und anderen allgemeinbildenden Studien. Die Medicinschulen in London (12 an Zahl) sind in enger Verbindung mit den grossen Krankenhäusern und als Privatanstalten unabhängig von der Universität.

Der Mediciner verbringt seine ganze Studienzeit an ein und derselben Schule. Ein mit dem Hospital verbundenes Internat (residential college) bietet der grösseren Anzahl der Studenten Wohnung und Verpflegung.

Natürlich beginnt auch hier der Unterricht mit naturwissenschaftlichen, anatomischen und physiologischen Studien. Ertheilt wird derselbe von den Aerzten des Hospitals. Der Student hat Gelegenheit, sich in chemischen Laboratorien und auf dem Präparirsaal die nöthigen Kenntnisse zu erwerben. Nach einem ersten Examen über Physik, Chemie und Biologie und einem zweiten über Anatomie und Physiologie beginnt der klinische Unterricht. Der Candidat wird jetzt zum Krankendienst herangezogen, muss die Untersuchungen am Krankenbett vornehmen und Krankengeschichten führen, er lernt bei grösseren Operationen zu assistiren, kleinere unter Controle bald selbst auszuführen. So wird er im Laufe der Zeit in den verschiedenen Fächern, so auch in der pathologischen Anatomie ausgebildet. Auf regelmässigen Besuch der Hörsäle und Krankensäle wird streng gesehen. Die Approbation (Licence) wird nicht vom Staate, sondern von privilegirten Körperschaften (z. B. Apothecaries Halls, Royal College of Physicians und Royal College of Surgeons) ertheilt, vor denen das Schlussexamen abzulegen ist. Mit der Approbation verleihen diese Gesellschaften das Recht zur Führung eines Titels, der landesüblich nur mit dem Anfangsbuchstaben bezeichnet wird.

Nach dieser kurzen Skizze des Studienganges in den genannten Staaten möchte ich etwas eingehender auf die medicinisch-klinische Ausbildung zu sprechen kommen.

Der englische Student wächst ganz in einem Krankenhause auf. Auf der internen Abtheilung hat er 6 Monate als Clinical Clerk Spitaldienst zu leisten. Ich konnte mich wiederholt davon überzeugen, dass die ausführlichen Krankengeschichten der jungen Mediciner von dem Abtheilungsvorstand genau durchgesprochen und corrigirt wurden. Im Beobachten, im Untersuchen und in der therapeutischen Technik (Punctionen, Catheterisiren, Magenausspülungen u. s. w.) ist die Schulung an den englischen Hospitälern wirklich ganz vorzüglich. Eine Klinik in unserem Sinne, d. h. eine klinische Vorstellung von Kranken im Hörsaal vor grösserem Auditorium, findet in England nicht statt. Der klinische Lehrer macht mit einer beschränkten Anzahl von Studenten (10—15) Visite, und am Krankenbett werden einzelne Fälle eingehend besprochen. Diese Art des Unterrichts hat den grossen Vorzug, dass Lehrer und Schüler sich persönlich näher treten und dass der Student auch gleichzeitig den Verkehr mit den Kranken lernt und den Verlauf der Krankheit verfolgen kann. Die Medical Schools sind so zahlreich und das Krankenmaterial an den mächtigen Hospitälern ist so gross (meist bestehen an einem Krankenhause mehrere medicinische Abtheilungen mit ebenso viel Oberärzten nebeneinander), dass niemals eine diesen „persönlichen Unterricht" störende Ueberfülle von Candidaten eintritt. Es braucht nicht speciell betont zu werden, dass der Student am Krankenbett und im Laboratorium in allen physikalischen, chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden eingeführt wird und dass er auch Gelegenheit hat, in Vorlesungen sich theoretische Kenntnisse zu erwerben.

Ein wesentliches Hilfsmittel zu diesem praktisch-klinischen Unterricht sind di egrossen reichhaltigen Sammlungen, wie sie besonders schön das Guy's-, St. Bartholomews-, St. Thomas- und Middlesex-Hospital aufzuweisen haben. In grossen, hellen Sälen sind dort, leicht zugänglich und gut bezeichnet, Präparate von den wichtigsten Organerkrankungen aufgestellt; und zwar sind mehr die häufigen und typischen Erkrankungen vertreten und geringeres Gewicht ist auf seltene Fälle gelegt. Besonders werthvoll für den Unterricht erschienen mir unter anderen die zahlreichen, künstlerischen Wachsnachbildungen der verschiedenen Hauterkrankungen. Der diese Hospitalssammlungen besuchende fremde Arzt kann sich überzengen, dass dieselben eifrig von den jungen Medicinern zum Studium benützt werden; und dieses wird durch zweckmässige Einrichtungen und geschickte und übersichtliche Anordnung der Präparate sehr erleichtert.

Ebenso allgemein zugänglich wie die Sammlungen sind in jedem Medical School-Hospital die grossen Bibliotheken, welche die medicinische Literatur fast vollständig beherbergen und in deren weiten Sälen auch stets zahlreiche fleissige Studenten zu finden sind.

Neben seinem Studium nimmt sich der junge Mediciner reichlich Zeit zu körperlichen Uebungen; alljährlich finden Wettkämpfe, Bootsrennen zwischen den Angehörigen der einzelnen Medicinschulen statt.

Auch im französischen Studienplan des Mediciners ist das Hauptgewicht auf die praktisch-klinische Ausbildung gelegt. Von den drei Jahren, die der Candidat als Stagiaire an den Krankenhäusern zu prakticiren hat, trifft eines auf die interne Abtheilung. Wie in England ist auch hier der Unterricht im Wesentlichen am Krankenbett, nur 2—3 mal in der Woche versammelt der klinische Lehrer seine Studenten im Hörsaal zu einem nach Form und Inhalt gleich sorgfältig ausgearbeiteten Vortrag, zu dem sich dann, in Paris wenigstens, immer zahlreiche fremde Aerzte einstellen.

Als Stagiaires, Externes und Internes des Hôpitaux haben die Studenten reichlich Gelegenheit, sich im Laufe der Jahre unter guter Leitung einen werthvollen Schatz von klinischer Erfahrung und praktischer Schulung zu erwerben, so dass sie wohlvorbereitet in die Praxis treten. Allerdings lässt sich nicht leugnen, dass die theoretisch-wissenschaftliche Ausbildung, besonders die in der pathologischen Anatomie, wesentlich hinter der praktischen zurücksteht.

Wenden wir uns nun der medicinisch-klinischen Ausbildung in Deutschland zu. Auch an unseren Universitäten ist ein Practiciren vorgeschrieben. Während zweier Semester hat der Candidat die medicinische Klinik zu besuchen; er wird im Hörsaal an das Bett des vorzustellenden Kranken gerufen und muss bei der Besprechung Rede und Antwort stehen. Verdient schon dies kaum den Namen des „Practicirens", so wird es vollends zur reinen Formsache in den überfüllten Kliniken unserer grossen Universitätsstädte. Obgleich zu einem einzelnen Fall oft mehrere Studenten herangezogen werden, so kommt der Candidat meist nicht öfter als 2—3 mal im Semester an die Reihe. Sonst sieht er die Kranken nur von seinem, oft recht entfernten Sitze aus. Bei so grosser Anzahl der Praktikanten ist es ganz unmöglich, dass der Lehrer den einzelnen kennt, geschweige denn, dass er seine Fragen nach dessen Kenntnissen einrichten kann.

Freilich wird es stets und von allen Seiten als wünschenswerth betont, dass die medicinische Klinik länger als nur die zwei direct vorgeschriebenen Semester besucht wird. Aber bei der grossen Anzahl der sonst zu hörenden Vorlesungen, Kliniken und Curse ist dies in den 4 bis 5 Semestern, die nach dem deutschen Studienplan auf das klinische Studium entfallen, schwer möglich. Ein weiterer in's Gewicht fallender Punkt ist der: Das Honorar für die Kliniken ist verhältnissmässig hoch[2]. Der wenig bemittelte Student wird bedauerlicher, aber begreiflicher Weise sich scheuen, noch weitere Ausgaben als die dringend nothwendigen zu machen.

Wann und wo soll nun der Student mehr Kranke sehen und diese untersuchen lernen? Es gibt dazu eine Reihe von Specialcursen, die wohl jeder Candidat besucht und in denen die Auscultation und Percussion, das Kehlkopfspiegeln u. s. w. gelehrt und geübt wird. Zur Erlernung der systematischen Durchuntersuchung des ganzen Körpers aber und damit zur Aufnahme eines Status hat der Student nur schwer Gelegenheit.

Die Einrichtung der Famuli oder Unterassistenten würde dies bieten. Doch wird von erfahrenen Lehrern und Aerzten den Studenten von der Bewerbung um solche Stellen häufig abgerathen und zwar mit Recht, denn der viertel- oder halbjährige Dienst im Krankenhause hält ihn von dem Besuche wichtiger Vorlesungen und Curse ab, die er bei der so kurz bemessenen Studienzeit kaum mehr nachholen kann. In den 4—5 Semestern, welche dem klinischen Studium zur Verfügung stehen, ist für den fleissigen Studenten, der in der pathologischen Anatomie, in den theoretischen Fächern (Hygiene u. s. w.) und den dringend nothwendigen Fachstudien, Ophthalmologie, Psychiatrie, Dermatologie u. a. sich ausbilden will, fast jede Stunde des Tages belegt, oft mehr als der Aufnahmefähigkeit der jungen Leute entspricht; geschweige denn, dass ihm, wie seinem englischen Collegen, Zeit übrig bliebe, seinen Körper durch Uebungen in freier Luft zu kräftigen.

Eine Einrichtung freilich ist in hervorragendem Maasse geeignet, den Candidaten in die praktische Medicin einzuführen. Es ist das die Poliklinik[3], die übrigens in Frankreich und England für den Lehrzweck nur wenig ausgenützt wird. Hier bietet sich für den Studenten der sehr werthvolle Verkehr sowohl mit dem Lehrer als mit dem Kranken, hauptsächlich dann, wenn die Poliklinik ihrem Namen entsprechend eigentliche „Stadt"-Klinik ist und der Professor mit seinen Schülern in die Wohnungen der Kranken geht, was allerdings nur in den kleinen Universitätsstädten gut durchzuführen ist und ziemlich viel Zeit erfordert. Es ist gerade dies eine Vorbildung für den praktischen Arzt, wie sie ihm die Klinik nicht bietet, der Student muss lernen, unter erschwerten Verhältnissen doch genau zu untersuchen und seine therapeutischen Anordnungen der gegebenen Lage anzupassen.

Das Prakticiren an den Polikliniken ist aber nicht gesetzlich vorgeschrieben und somit wird diese Gelegenheit zu guter praktischer Ausbildung nur von einem Theil der Studenten ausgenützt. Der Grund dafür liegt hauptsächlich wieder an dem Mangel an Zeit.

So stossen wir immer wieder auf die leidige Zeitfrage. Diese kann nur dadurch gelöst werden, dass die klinische Studienzeit verlängert wird. Denn auf Kosten der anderen Kliniken, des theoretischen Unterrichtes und der Specialfächer, in denen heut zu Tage nothwendiger Weise jeder Arzt bewandert sein muss, kann man aus der kurzen bisher vorgeschriebenen klinischen Studienzeit nicht mehr für die intern-medicinische Ausbildung heraus-

---

[2]) In Frankreich hat der Student nur 30 Fr. für die Inscription in jedem Quartal zu zahlen, Vorlesungen und Kliniken sind frei, ähnlich sind die Verhältnisse in Italien. Ebensowenig werden in England die einzelnen Vorlesungen honorirt, der Student zahlt beim Eintritt eine allerdings sehr erhebliche Pauschalsumme an seine Schule (100—130 Guineen). In Dänemark ist das medicinische Studium vollständig frei. In Ungarn hat der Medicinstudirende für das Semester 30 Gulden zu entrichten und hat damit das Recht erworben, alle beliebigen Vorlesungen und Kliniken zu besuchen.

[3]) Die Vorzüge dieses Instituts zu Lehrzwecken hat u. A. Penzoldt: Ueber den poliklinischen Unterricht (Klin. Jahrbuch 1892) ausführlich erörtert.

schlagen. Und doch ist für den praktischen Arzt eine gründliche Schulung in der internen Medicin unbestritten das Wichtigste. Die überwiegende Mehrzahl seiner späteren Patienten ist „innerlich krank". Und auch für den Specialisten, gleichviel welchem Fache er angehöre, ist eine gute Durchbildung in der internen Medicin unerlässlich. In unserem jetzigen Studienplan wird die interne Medicin, ich will nicht gerade sagen stiefmütterlich behandelt, doch ist ihr nicht die Zeit angewiesen, die ihrer Wichtigkeit entspricht.

Wie die Verhältnisse liegen, müssen wir uns gestehen, dass der junge Arzt in Frankreich und England eine wesentlich bessere klinische Schulung und Erfahrung von der Universität mitnimmt. Unsere Aerzte müssen sich diese zum Theil zu ihrem und der Kranken Schaden erst in der Praxis erwerben. Thatsächlich ist das klinische Studium in Deutschland von allen Ländern[4] das kürzeste.

Der Mangel in der praktisch-klinischen Ausbildung wird bei uns ja allgemein und schon seit Langem empfunden. Zur Abhilfe sind verschiedene Vorschläge gemacht worden. Seit einer Reihe von Jahren schweben Verhandlungen über eine nach dem Staatsexamen anzuschliessende praktische Schulung. Dass diese Pläne so lange nicht in die That umgesetzt wurden, beweist schon, welche Schwierigkeiten der Sache im Wege stehen. Unsere communalen Krankenhäuser und deren Leiter haben kein besonderes Interesse daran, die letzte praktische Ausbildung der Aerzte zu übernehmen. Der andere Vorschlag, Volontäre einem tüchtigen, beschäftigten praktischen Arzt zu attachiren, ist wohl kaum durchführbar; es würde das eine einseitige Bevorzugung der ausgewählten Aerzte sein und wer sollte diese Auswahl übernehmen? Ausserdem muss eben doch die Approbationsprüfung, die zur Praxis berechtigt, auch fertige Aerzte schaffen.

Was in anderen Staaten durchführbar ist, sollte doch auch bei uns möglich sein. Eine Verlängerung des klinischen Studiums würde allen Schäden abhelfen. Man kann dann verlangen, dass die medicinische Klinik mehr als 2 Halbjahre besucht wird; im ersten Semester auscultando, in den späteren müsste den Praktikanten Gelegenheit geboten werden, auch in den Sälen den Verlauf der Krankheiten zu verfolgen und sich dort im Untersuchen und in therapeutischen Eingriffen zu üben. Bei einer Vermehrung der klinischen Semester würde dann dem Candidaten unbeschadet seiner anderen Studien auch Zeit zur Verfügung stehen, sich als Unterassistent eine gewisse Erfahrung am Krankenbett zu erwerben. Vor Allem aber könnte dann auch der Besuch der Poliklinik, in der ein individualisirender Unterricht wie sonst nirgends möglich ist, obligatorisch gemacht werden.

Das Alles müsste aber gesetzlich festgelegt werden; denn was nicht direct vorgeschrieben ist, wird sowohl der wenig bemittelte, als der wenig strebsame Student nicht immer freiwillig zu seiner Ausbildung thun.

In den theoretisch-wissenschaftlichen Leistungen steht die deutsche Medicin unbestritten an der Spitze der Völker. Wollen wir, dass auch unsere Aerzte mit zu den besten zählen, so müssen wir mehr Zeit auf ihre praktische Schulung verwenden.

Referate und Bücheranzeigen.

Behrens: Mikrochemische Technik. Verlag von L. Voss, Hamburg und Leipzig 1900. 68 S. 2 M.

Behrens hat die mikrochemische Analyse, vermöge deren man aus kleinsten Substanztheilchen Natur und Zusammensetzung von Verbindungen oder Gemengen erkennen kann, methodologisch ausgebildet. Er hat früher herausgegeben „Anleitung zur mikrochemischen Analyse" (anorganischer Präparate) und 4 Hefte „Anleitung zur mikrochemischen Analyse organischer Präparate". Das vorliegende Heft soll eine Ergänzung zu den genannten Werken sein. Es soll einen Leitfaden zur Herstellung von mustergiltigen Präparaten mit möglichst einfachen Hilfsmitteln darstellen. In demselben wird das nöthige Handwerkszeug und die verschiedenen Verfahren für die Darstellung der Präparate: Sublimiren, Krystallisiren, Fällen, Auswaschen, Schleifen, Aetzen, Einschliessen etc. geschildert. Um Missverständnisse zu vermeiden, sei betont, dass in der „Mikrochemischen Technik" Behrens' keinerlei der vom Mediciner zum Nachweis physiologisch-chemischer oder pathologischer Producte geübten Methoden berührt werden, dieselbe vielmehr vor Allem für den Gebrauch des analytischen Chemikers, des Mineralogen und Technikers bestimmt ist. Heinz-Erlangen.

L. Knapp: Wochenbettstatistik, eine klinische Studie. Berlin 1898. Fischer's medicin. Buchhandlung. Preis M. 2.40.

Die Arbeit stellt einen Bericht über die Thätigkeit auf der Prager deutschen geburtshilflichen Universitätsklinik von 1891 bis 1897 dar. Es wird eine genaue Beschreibung der Landesgebäranstalt und ihrer Einrichtungen, des ganzen Betriebes, besonders auch des Unterrichtes gegeben. Die genaueste Berücksichtigung erfahren die Temperaturmessungen. Bei ihrer Besprechung wird ausführlich auf den Werth derartiger Zusammenstellungen, auf die vielen Fehlerquellen u. dergl. eingegangen. Die Rectalmessung wird als nicht nothwendig hingestellt.

In sehr zahlreichen Tabellen, die mit einem ausserordentlichen Fleisse ausgearbeitet sind, wird das ganze reiche Material nach den verschiedensten Gesichtspunkten eingetheilt und über die gewonnenen Erfahrungen auf den einzelnen Gebieten berichtet.

Nur wer sich selbst einmal mit derartigen Zusammenstellungen befasst hat, vermag zu schätzen, welche Summe von Arbeit hier oft in wenigen Zeilen enthalten ist, und doch wie oft werden — ganz mit Unrecht — derartige Arbeiten mit einer gewissen Geringschätzung beurtheilt!

Wenn man beobachtet, mit wie grosser Genauigkeit offenbar die einzelnen Abschnitte durchgearbeitet sind, so wird man auch zugestehen müssen, dass derartigen Arbeiten ein hoher Werth beizumessen ist. Würde man sich dahin einigen können, an den verschiedenen Kliniken derartige mühsame Zusammenstellungen von einheitlichen Gesichtspunkten aus anzufertigen, so könnte durch eine weitere Zusammenstellung und Vergleichung der einzelnen Ergebnisse zweifellos noch manches wichtige Resultat gewonnen werden.

Auf Einzelheiten der Arbeit einzugehen verbietet der Rahmen dieser kurzen Besprechung, es möge nur hervorgehoben werden, dass die Statistik 6226 Wöchnerinnen berücksichtigt, dass die Erkrankungsziffer 11,41 Proc. (darunter 9,99 Proc. Infectionsfälle) beträgt. Die Sterblichkeit betrug 0,88 Proc., die an Wochenbettfieber 0,38 Proc.

A. Gessner-Erlangen.

Prof. **E. Bottini: Die Ischuria prostatica.** Verlag von L. Nicolai-Florenz.

In dem vorliegenden Werke hat Prof. Enrico Bottini seine Studien über die Ischuria prostatica zusammengefasst. Die von dem Verfasser für die obengenannte Krankheit erfundenen Heilmethoden, sowie die glänzenden, sowohl in der Klinik der Universität Pavia, als in vielen anderen inländischen und ausländischen Kliniken erzielten Resultate sind nunmehr Gemeingut der Wissenschaft geworden. Höchst anerkennende Urtheile wurden bereits aller Orten ebenso über die leichte Ausführbarkeit der thermo-galvanischen Diaeresis der Prostata nach dem System Bottini, wie auch über die sofort sich bemerkbar machenden heilsamen Wirkungen und die Dauerhaftigkeit der therapeutischen Resultate abgegeben.

Bottini theilt sein Werk in 7 Lectionen ein, welche fortschreitend von der inneren Structur, von der Anatomie, von der Topographie und den Vergrösserungen der Prostata handeln. Es folgen dann die klinische Physiognomie der Ischurie, die Therapie, die thermo-galvanische Diaeresis, die Beschreibung der Instrumente etc. Das 215 Seiten starke und mit 16 Illustrationstafeln versehene Werk wird sicher nicht verfehlen, jeden Chirurgen auf's Lebhafteste zu interessiren. Italo Tonta.

Rudolf Temesváry, Frauenarzt in Ofen-Pest: **Volksbräuche und Aberglauben in der Geburtshilfe und der Pflege**

[4] Frankreich und England sind schon erwähnt.

In Belgien „beansprucht das Universitätsstudium eines Mediciners inclusive der Naturwissenschaften in minimo 6 Jahre, factisch aber fast ausnahmslos 7 Jahre". Auf die praktische Ausbildung wird nach französischem Muster grosses Gewicht gelegt. (Nuel: Die praktische Ausbildung der Aerzte in Belgien Klin. Jahrbuch 1891.)

In der Schweiz besucht der Student die medicinische Klinik 2 Semester als Auscultant und 2 Semester als Prakticant.

In Oesterreich muss der Studirende nachweisen, dass er die Klinik für innere Krankheiten durch 4 Semester besucht hat. (Puschmann: Der klinische Unterricht in Oesterreich. Klin. Jahrbuch 1890.)

In Ungarn ist ausserdem vorgeschrieben, dass der Candidat bei der Meldung zur Approbationsprüfung eine gewisse Anzahl selbst aufgenommener Krankengeschichten vorlege.

In Italien „ist die Inscription der med. Klinik für 3 Jahre obligat". (Catani: Der med. Unterricht in Italien. Klin. Jahrbuch 1890.)

„14—15 Semester ist der Zeitraum, den der dänische Mediciner durchschnittlich für sein Studium verwendet". (Steenberg: Die Ausbildung der Aerzte in Dänemark. Klin. Jahrbuch 1899.)

In Schweden nimmt das Studium der Medicin sogar in der Regel 11 Jahre in Anspruch, von dieser Zeit entfällt ein grosser Theil auf den prakt. Dienst in den Kliniken. (Axel Key: Die Ausbildung der Aerzte in Schweden. Klin. Jahrbuch 1891.)

des Neugeborenen in Ungarn. Ethnographische Studien. Mit 16 Abb. im Text. Leipzig. Th. Grieben's Verlag. 1900. 148 p. 8°. M. 2.80.

Mittels Fragebogen, die von 120 Aerzten und 170 Hebammen ausgefüllt wurden, hat der Verfasser ein stattliches Material zusammengebracht.

Das Buch ist in 8 Hauptabschnitte getheilt: Menstruation, Sterilität, künstliche Sterilität, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Säugegeschäft, das neugeborene Kind.

In den Volksbräuchen ziehen sich folgende Charakterzüge wie rothe Fäden, nach des Verfassers Ausdruck, durch sämmtliche Capitel: 1. Glaube an Dämonen (Hexen etc.), 2. mangelnder Reinlichkeitssinn, 3. Unkenntniss der Bedeutung von Blutverlusten, sogar günstige Beurtheilung derselben, 4. Misstrauen gegen den Arzt und die diplomirte Hebamme, Furcht vor ärztlichen Eingriffen.

Die in Ploss, das Weib, enthaltenen, auf Ungarn bezüglichen Angaben hat der Autor, wie er selbst hervorhebt, fast ganz ausser Acht gelassen.

Besonders reich sind die Capitel Geburt und Wochenbett an interessanten Daten. Wir erfahren hier, dass bei den Magyaren eine besondere Schutzgöttin dem Gebäract vorstand. Das Versehen der Schwangeren, dem man in neuerer Zeit nach den Arbeiten von Preuss und v. Welsenburg, auch nordamerikanischer Forscher, wieder mehr Aufmerksamkeit geschenkt hat, wird ebenfalls ausführlich abgehandelt.

Es wäre eine dankenswerthe Arbeit, wenn man die Ergebnisse unseres Autors mit den Werken von Grohmann (Aberglauben und Gebräuche aus Böhmen und Mähren, I, 1864), Lammert 1869, Höfler 1888, Wuttke 1869 zusammenstellend vergleichen wollte.

Die Abbildungen stellen Lagerstätten für Kinder, Gängelapparate etc. vor. Jedem Freund der medicinischen Folkloristik kann das gut ausgestattete und billige Buch empfohlen werden.

J. Ch. Huber-Memmingen.

Neueste Journalliteratur.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 65. Band, 1. u. 2. Heft.

1) Lindemann: **Die Concentration des Harnes und Blutes bei Nierenkrankheiten mit einem Beitrag zur Lehre von der Uraemie.** (Aus dem klin. Institut München.)

Verfasser hat bei den verschiedensten Erkrankungen der Niere die Concentration des Harnes sowie des Blutserums untersucht. Zur Ermittelung des Concentrationsgrades bediente er sich der Messung des osmotischen Druckes, für den die Bestimmung des Gefrierpunktes den Maassstab abgab, da die Gefrierpunktserniedrigung einer Lösung dem osmotischen Druck derselben direct proportional ist. Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf die einzelnen Versuche und die aus ihnen gezogenen Schlüsse näher einzugehen, erwähnt soll nur werden, dass die vom Verfasser erzielten Resultate geeignet scheinen, sowohl in diagnostischer als auch prognostischer Beziehung werthvolle Aufschlüsse zu geben.

2) Ebstein-Göttingen: **Klinische Beiträge zur Lehre von der Herzarhythmie, mit besonderer Rücksicht auf die Myocarditis fibrosa.**

Verfasser bespricht kritisch die verschiedenen über die Gründe der Herzarhythmie aufgestellten Theorien und zieht aus den, in Tabellen übersichtlich zusammengestellten, auf einer grösseren Reihe klinischer und anatomischer Erfahrungen beruhenden Mittheilungen den Schluss, dass alle Störungen der rhythmischen Thätigkeit des Herzens als der Ausdruck gesteigerter Anforderungen an die Herzarbeit aufzufassen sind, wenn die Herzhöhle mit Blut überfüllt ist, und wenn ein Missverhältniss zwischen Kreislaufswiderständen und Leistungsfähigkeit des Herzens besteht. Dagegen kann aus der Arhythmie des Herzens, welcher Art, von welcher Intensität und Dauer sie auch sein möge, ein sicherer Rückschluss auf die die Regelmässigkeit der Herzthätigkeit störende Ursache nicht gezogen werden. Von den in dieser Richtung gewöhnlich als aetiologisch besonders bedeutungsvoll geltenden pathologischen Veränderungen des Herzens haben die Myocarditis fibrosa, die Myofibrosis cordis (Dehio), die Herzfibrome und die sogen. Kugelthromben eine besonders eingehende Behandlung erfahren.

3) Stadelmann: **Pharmakotherapeutische Bestrebungen bei Herzkrankheiten.** (Aus der II. medic. Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Verfasser berichtet über seine Versuche mit Erythrophlëin, Atropin, Nikotin, Pilocarpin und Physostigmin hinsichtlich deren Verwendbarkeit bei Erkrankungen des Herzens. Das Resultat der Untersuchungen ist das, dass diese Medicamente zur Behandlung von Herzkranken nicht herangezogen werden dürfen, hauptsächlich weil die Nebenwirkungen derselben derartig sind, dass therapeutisch, wenigstens bei diesen Kranken, davon Abstand genommen werden muss.

4) His: **Die Ausscheidung von Harnsäure im Urin der Gichtkranken, mit besonderer Berücksichtigung der Anfallszeiten und bestimmter Behandlungsmethoden.** (Mit 11 Curven.) (Aus der medic. Klinik in Leipzig.)

Da die tägliche Harnsäureausscheidung bei Gesunden, wie bei Gichtkranken ausgiebigen Schwankungen ausgesetzt ist, so sind die Werthe einzelner Tage oder kurzer Zeitperioden für die Beurtheilung nicht maassgebend. Der acute Gichtanfall wird eingeleitet durch eine Verminderung der Harnsäureausfuhr, die dem Anfall um 1—3 Tage vorausgeht. Dem Anfall folgt eine Vermehrung der Ausfuhr, die ihr Maximum am 1.—5. Tage erreicht. Die mittlere tägliche Harnsäureausscheidung der Gichtkranken in den Anfalls- und Ruheperioden zeigt keine typischen Unterschiede. Natron bicarbonicum, Fachinger Wasser, Fachinger Salz, sowie die Citronencur beeinflussen die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure nicht nachweislich. Lithion carbonicum scheint die Menge der Harnsäureausscheidung constant um ein Geringes herabzusetzen.

5) Reineboth und Kohlhardt: **Blutveränderungen in Folge von Abkühlung.** (Aus der medic. Klinik in Halle.)

Die vorliegenden Untersuchungen führen die Verfasser zu folgenden Schlüssen: Die Abkühlung schädigt die rothen Blutzellen des kreisenden Blutes und führt zur Haemoglobinaemie. Die Alteration der rothen Blutkörperchen drückt sich früher im Haemoglobinverlust aus, als in der Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen, diese wird erst bei wiederholter Abkühlung erheblicher beeinflusst. Man könnte also zuerst von der Erzeugung eines chlorotischen und dann eines anaemischen Zustandes sprechen.

6) Eisenbarth-Köln: **Ein Fall von spontan geheiltem tuberculösem Kehlkopfgeschwür.** (Mit 1 Abbildung.)

Einer kurzen Erörterung der Frage über die Häufigkeit, Aetiologie und Ausheilungsmöglichkeit der Larynxtuberculose folgt die Mittheilung einiger Fälle aus der Literatur und dann der Fall eigener Beobachtung mit Krankengeschichte und Sectionsbefund. Es fand sich bei der Autopsie ein spontan, ohne jeden therapeutischen Eingriff ausgeheiltes tuberculöses Geschwür, welches das ganze rechte und die vordere Hälfte des linken Stimmbandes zerstört hatte. Die Lungentuberculose war dabei fortgeschritten und hatte den Tod des Patienten zur Folge.

7) **Besprechungen.** Heller-Erlangen.

Zeitschrift für klinische Medicin. XXXIX. Bd., 5. u. 6. Heft.

18) Gumprecht-Jena: **Experimentelle und klinische Prüfung des Riva-Rocci'schen Sphygmomanometers.**

Zunächst wurden durch sinnreiche Versuche die Fehlerquellen des Apparates festgestellt, welcher auf Bestimmung des Druckes beruht, der nöthig ist, um bei circulärer Compression des Oberarms den Radialpuls verschwinden zu machen. Es wurde gefunden, dass zwar die elastische Spannung des comprimirenden Schlauches zu vernachlässigen ist, also der Compressionsdruck dem Innendruck annähernd gleich ist, dass aber durch den elastischen Gegendruck der Armweichtheile ein Theil des Druckes compensirt wird. Das Sphygmomanometer gibt um 30—50 mm Quecksilber zu viel an. Ferner zeigt es nicht den mittleren Blutdruck, sondern den maximalen Pulsdruck. Da aber die Fehler annähernd constant sind und der Apparat sehr handlich ist, kann er trotzdem als sehr brauchbar empfohlen werden. Ein besonderer Vorzug ist es, dass es gelingt, auch den Seitendruck der Arterie, nicht bloss ihren Enddruck zu messen. Die Blutdruckdifferenz zwischen Art. axillaris und brachialis betrug 30—60 mm.

Eine Reihe klinischer Untersuchungen bestätigen im Wesentlichen die bereits von anderen Autoren gefundenen Resultate.

19) H. Lüthje-Marburg-Greifswald: **Stoffwechselversuch an einem Diabetiker mit specieller Berücksichtigung der Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss und Fett.**

Von den Resultaten dieser Untersuchungen ist hervorzuheben, dass im Gegensatz zu F. Voit's und Lommel's Anschauungen es durch Zufuhr grosser Nucleinmengen (Pankreas) nicht gelang, Oxalurie zu erzeugen, ebenso wenig Pentosurie. Nach Eiweisszufuhr stieg die Zuckerausscheidung stets und zwar verhielten sich die verschiedenen Eiweissarten nicht gleichwerthig. Die Zuckerausscheidung war nach Casein- und Pankreasnahrung höher als nach Rindfleisch- und Kalbsthymusnahrung, am geringsten nach Eiereiweissnahrung. Die Ursache dieses verschiedenen Verhaltens der Eiweissarten ist nicht klar. Eine Zuckerbildung aus Fett konnte nicht constatirt werden.

20) Jellinek-Wien: **Ueber den Blutdruck des gesunden Menschen.** (Aus dem k. k. Garnisonsspital. Stabsarzt Dr. Pick.)

Das Resultat der Untersuchungen, die mit dem Gärtner'schen Tanometer an mehreren Hundert gesunder, unter gleichen Bedingungen befindlicher Soldaten ausgeführt wurden, war:

Die normale Blutdrucksziffer schwankte um über 100 Proc. zwischen 80 und 185 mm Quecksilber, am häufigsten waren die Werthe von 100—160 mm. An der rechten Hand war die Blutdrucksziffer in einem Viertel der Fälle höher wie an der linken. Aeussere Einflüsse (Baden, Marschiren, Scharfschiessen, Essen) waren von keiner gesetzmässigen Wirkung auf den Blutdruck. Bei Personen mit niederem Anfangsdruck waren die Schwankungen grösser als bei solchen mit höherem Anfangsdruck. Bei 2 länger beobachteten Versuchspersonen fanden sich die höchsten Blutdruckziffern immer in den Nachmittagsstunden. Eine Beziehung zwischen Blutdruck und Pulszahl bestand nicht.

21) Bial-Kissingen: **Ueber Pentosurie.** (Aus der I. med.

Klinik, Geh.-Rath v. Leyden, und der med. Klinik Breslau, Geh.-Rath Kast.)

Zu den bis jetzt bekannten 2 Fällen chronischer Pentosurie ist Verfasser in der Lage 2 neue zu fügen.

22) Umber-Berlin: **„Sensorielle Krisen“ bei Tabes dorsalis.** (Aus der med. Klinik Strassburg.)

Mit diesem Namen bezeichnet Verfasser eigenthümliche, höchst widerwärtige Sensationen in der Geruchs- und Geschmackssphäre, welche bei einem Tabiker anfallsweise regelmässig im Anschlus an typische gastrische Krisen auftraten.

23) v. Decastello und Hofbauer-Wien: **Zur Klinik der leukopenischen Anaemieen.** (Aus der II. med. Klinik, Hofrath Neusser.)
Verschiedenartige Anaemien, die mit Verminderung der Blutkörperchenzahl einhergingen (Chlorosen, perniciöse Anaemien, secundäre Anaemien) zeigten gemeinsam, trotz verschiedener Aetiologie, eine constante Veränderung im Procentverhältniss der einzelnen Leukocytenformen im Sinn einer relativen Zunahme der Lymphocyten, einer relativen Abnahme der neutrophilen Polynucleären. Nur bei den Anaemien mit Drüsenerkrankungen (Pseudoleukaemien) war das procentuale Verhältniss ein wechselndes. Ein prognostisch ungünstiges Symptom (Ehrlich) ist die Leukopenie keineswegs, sie ist nur als eine functionelle Hemmung der blutbildenden Organe aufzufassen.

24) Stroganoff-Petersburg: **Ueber die Pathogenese der Eklampsie.** (Aus d. kaiserl. klin. Hebammeninstitut.)

Auf Grund klinischer und pathologisch-anatomischer Erwägungen, hauptsächlich aber auf Grund der Beobachtung, dass die Fälle von Eklampsie sehr oft gruppenweise auftreten, sich manchmal zu förmlichen kleinen Epidemien häufen, die als Hausinfectionen, von eingeschleppten Fällen ausgehend erscheinen, kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Eklampsie eine Infectionskrankheit ist. Der vermuthete Keim ist schwach virulent und findet nur selten günstige Bedingungen; er dringt vermuthlich durch die Lunge ein. Die Incubation ist kurz, beträgt nur wenige Stunden, der Keim behält seine Widerstandsfähigkeit einige Wochen. Eklampsiekranke müssen daher isolirt werden.

Das gruppenweise Auftreten der Eklampsiefälle in den Petersburger Entbindungsanstalten ist in einer Reihe von Tabellen graphisch dargestellt.

25) Metzner-Dessau: **Casuistischer Beitrag zur Frage der Peritonitis gonorrhoica.**

Eine Peritonitis, die von einer Tubenerkrankung ausging, wurde von Diplococcen verursacht, die sich nach Gram nicht färbten und intracellulär lagen. Es handelte sich also mit grosser Wahrscheinlichkeit um Gonococcen.

26) **Kritiken und Referate.**

Kerschensteiner-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1900. No. 13, 14, 15.

No. 13. Ernst v. Czyhlarz und Julius Donath: **Ein Beitrag zur Lehre von der Entgiftung.** (Aus der I. Medic. Klinik in Wien.)

Bei Meerschweinchen wurde eine hintere Extremität möglichst weit oberhalb des Knies so fest umschnürt, dass ein Abfluss von Blut oder Lymphe centripetalwärts als ausgeschlossen betrachtet werden konnte. Sofort danach injicirten die Verfasser in die derart abgebundene Extremität eine Quantität von Strychnin, die sie bei gleich schweren Controlthieren als in 2—5 Minuten absolut sicher letal wirkend erkannt hatten. Nach Ablauf von 1—4 Stunden wurde nun die Ligatur vom Oberschenkel des Meerschweinchens wieder abgenommen. Es zeigte sich nun, dass alle diese Thiere — 12 an der Zahl — obgleich ihnen, wie schon erwähnt, eine sonst in einigen Minuten letal wirkende Dosis Strychnin injicirt worden war, vollständig gesund blieben und zwar dies während einer bei den meisten mehrwöchentlichen Beobachtungsdauer. Aus diesen Befunden geht hervor, dass durch das Unterhautzellgewebe, die Musculatur und die in diesen befindliche Blut- und Lymphflüssigkeit das Strychnin in irgend einer Weise in vivo gebunden bezw. neutralisirt wurde.

No. 14. 1) L. Grünwald-München: **Die Bedeutung der hypeosinophilen Granula.**

Verfasser vertheidigt seine Befunde über hypeosinophile Granula gegenüber Bettmann.

2) Bettmann-Heidelberg: **Erwiderung auf vorstehenden Artikel des Herrn Dr. Grünwald.**

Der Verfasser hält seine Einwände aufrecht.

No. 15. Friedeberg-Magdeburg: **Einige Bemerkungen über Aspirin.**

Aspirin ist ausserordentlich geeignet, in vielen Fällen Salicyl vollwerthig zu ersetzen. Es empfiehlt sich, in solchen Fällen, wo Nebenwirkungen des Salicyls einem Patienten entweder lästig oder schädlich sein können, nicht erst Salicyl zu versuchen, sondern von vornherein Aspirin anzuwenden. Das trifft besonders für solche Kranke zu, welche einen irritablen Magen besitzen oder welche ein Herz- oder Ohrenleiden haben. Ferner ist Aspirin dem Salicyl dann vorzuziehen, wenn es sich darum handelt, einen schnellen Effect zu erzielen, z. B. bei schwerem acuten Gelenkrheumatismus und grösseren serösen Exsudaten. Ein Zeitverlust in der Heilung durch öfteres Aussetzen des Mittels, wie dies bei Salicyl meist nöthig, wird bei Anwendung von Aspirin erspart, da dasselbe, ohne zu schaden, eine Woche und darüber in Tagesdosen von 4—5 g gegeben werden kann. Auch gegen Neuralgien ist das Präparat von Nutzen. W. Zinn-Berlin.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Red. von P. v. Bruns. Tübingen, Laupp. XXVI. Bd. 1. Heft. 1900.

Das 1. Heft des 26. Bandes der Beitr. z. klin. Chir. eröffnet aus der Tübinger Klinik eine eingehende Arbeit von H. Küttner: **Ueber das Peniscarcinom und seine Verbreitung auf dem Lymphwege.** Eine Bearbeitung des auf 60 Fälle sich belaufenden Beobachtungsmateriales der betr. Klinik. K. constatirte u. a. das weit über die Grenzen des Primärtumors hinausreichende, continuirliche und discontinuirliche Vorkommen von Krebsknoten in den Corpora cavernosa (in 6,8 Proc. der Fälle), das directe Einbrechen der Krebszellen in die Venen und die vollständige Ausfüllung von Gefässen mit Krebsmassen mit ausgesprochener Rundzelleninfiltration der Wandung. Mit anderen Hautkrebsen (Plattenepithelkrebsen) theilt das Peniscarcinom die Eigenschaft nur selten, in inneren Organen zu metastasiren. Bezüglich des von K. eingehend studirten Lymphgefässsystems des Penis unterscheidet derselbe die oberflächlichen und tiefen Lymphgefässe des Penis und das Lymphgefässsystem der Harnröhre. Als Wurzelgebiet der tiefen ist die Haut der Eichel anzusehen, die davon abführenden Hauptstämme verlaufen zunächst im Sulcus retrogland. und umkreisen den Penis, um sich dann der Vena dors. penis subfascial anzuschliessen und bis zur Peniswurzel zu folgen. Das Lymphgefässnetz einer Penishälfte geht continuirlich in das der anderen über. Die Mehrzahl der oberflächlichen und tiefen Lymphbahnen des Penis führt zu den Leistendrüsen; die kleinen Drüsen an der Vorderfläche der Symphyse pflegen in ein aus den tiefen Lymphgefässen des Penis hervorgegangenes Geflecht eingeschaltet zu sein und gibt es zahlreiche Lymphbahnen des Penis, die mit Umgehung der Leistendrüsen direct zu den Drüsen im Innern des Beckens führen (Lymphogland. iliac. hypogastr. epigastr. inf. vesicales ant. et lat.). Die Erkrankung der regionären Lymphdrüsen kommt besonders in den späteren Stadien der Erkrankung vor, der Primärtumor kann dabei auffallend klein bleiben, das Missverhältniss zwischen diesem und der Drüsenmetastase zuweilen ein sehr grosses sein, so dass der Pat. wegen der Drüsenschwellung ärztlichen Rath aufsucht, das Carcinom oft nicht bemerkte. Zuweilen sind aber die Drüsenschwellungen auch rein entzündliche, zumal bei Ulcerationen und angeborener Phimose. Die Beckendrüsen können primär erkranken, gewöhnlich werden sie erst secundär befallen. Bezüglich der Prognose gehört das Peniscarcinom zu den prognostisch günstigen Krebsen; sich selbst überlassen, führte es meist erst nach 4—6 Jahren zum Tod, meist durch Kachexie oder intercurrente Erkrankungen (Pneumonie, Sepsis); doch spielt unter den Todesursachen auch Blutung aus den von den Drüsencarcinom arrodirten Cruralgefässen eine Rolle. Da das Peniscarcinom relativ lange local bleibt, bietet es günstige Chancen für dauernde Heilung bei rechtzeitigem Eingreifen; nach K. wurden 59,46 Proc. dauernd geheilt, 40,54 Proc. erlagen Recidiven, von den dauernd geheilten wurden 73 Proc. ohne Drüsenexstirpation geheilt.

H. plaidirt immerhin für beiderseitige Drüsenausräumung und auch Entfernung leicht erreichbarer Beckendrüsen, bei grossen Drüsenmetastasen wird mit der Operation nichts erreicht und K. erklärt die von Lennander empfohlenen ausgedehnten Drüsenexstirpationen (bis zur Iliaca hinauf) für zwecklos; ebenso widerräth K. die Castration.

Ein Drittel der Peniscarcinome entfällt auf das 6. Jahrzehnt, drei Viertel auf das 5., 6. und 7. Wenn auch in 54,5 Proc. der Fälle angeborener Phimose vorhanden war, so wird doch das Peniscarcinom auch bei Beschnittenen nicht selten beobachtet. Betreffs des klinischen Bildes unterscheidet K. das papilläre Blumenkohlgewächs, das Carcinomgeschwür und den nicht papillären Krebstumor und gibt treffende farbige Abbildungen der einzelnen Typen; besonders ersterer Typus ist relativ gutartig. Schliesslich gibt K. noch eine kurze Uebersicht der betreffenden Krankengeschichte.

O. Hahn schildert aus der gleichen Klinik ein **Nabelconcrement von Taubeneigrösse** bei 43 jährigem Mann und sammelt in Anschluss daran ca. ein Dutzend Fälle von Nabelconcrementen aus der Literatur.

R. Plattner beschreibt aus der Innsbrucker chirurgischen Klinik **einen Fall von Aneurysma der Art. brachialis, geheilt durch Exstirpation des Sackes.** Es handelte sich in dem betreffenden Fall um einen 26 jährigen Mann, bei dem sich gelegentlich eines Absturzes bei der Jagd über 4 m hohe Wand der Schuss entlud und Patient die starke arterielle Blutung mittels einer Hundeleine, die er über Hemd und Rock sich selbst anlegte, stillte. Erst nach 12 Stunden gelangte der Patient in's Krankenhaus und drang bei Lösung der Strangulation wieder hellrothes Blut hervor. Die Schussfractur wurde antiseptisch verbunden und liess sich nach 14 Tagen deutlicher Callus constatiren, aber auch eine flachkugelige pulsirende Geschwulst an der Innenseite des Oberarmes bemerken, die mit plötzlichem Schmerz nach einer „Schmiedearbeit“ sich stark vergrösserte. Um den Vorderarm auf die Ausschaltung des für ihn wichtigsten Blutweges gewissermaassen vorzubereiten, wurde die zuführende Brachialis digital. täglich ½ Stunde so comprimirt, dass der Radialpuls verschwand, später besorgte Patient selbst täglich mehrmals diese Compression, so dass deutliche Abnahme der Geschwulst zu constatiren war, als am 12. Tag nach der Aufnahme in der Klinik zur Operation geschritten wurde. Die Exstirpation des Aneurysma wurde, nachdem eine eigentliche Gefässscheide wegen Verwachsungen mit den Nachbarorganen nicht zu finden war, nach Spaltung in der Längsrichtung und Entfernung der geschichteten Thrombusmassen und Aufsuchen des Stammgefässes mittels Sonde in der Weise ausgeführt, dass zuerst central,

dann peripher die Geschwulst abgelöst wurde. Im Anfang wurde die Wunde mit lockerer Jodoformgaze verbunden und der horizontal gelagerte Arm durch Wärmflaschen erwärmt; derselbe war noch nach 10 Tagen um 2° kälter.

Aus der Strassburger Klinik berichtet Scheib über **Osteogenesis imperfecta**, d. h. eine eigenartige Hemmung in der Knochenbildung mit gesteigerter Resorption der spärlich angelegten Knochenbälkchen (halisteret. Knochenschwund), wie sie zu Spontanfracturen und eigenthümlicher Verkürzung der Extremitäten führten, so dass die Eltern das mit dicker Lanugo bekleidete Kind als „Maulwurfsmensch" auf Jahrmärkten hatten sehen lassen.

Aus der gleichen Klinik schildert E. Deetz **2 Fälle von seltenen Knochenerkrankungen,** nämlich eine Knochencyste der Tibia und ein subperiostales Haematom der Beckenschaufel, welch' letzteres als Sarkom imponirt hatte.

Aus dem Neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg schreibt Kümmell **über circuläre Gefässnaht beim Menschen** und berichtet nach entsprechenden einleitenden geschichtlichen Bemerkungen über 2 betreffende erfolgreiche Fälle von Gefässresection mit circulärer nachfolgender Naht in der Cruralgegend, danach lassen sich 4—5 cm grosse Defecte in der Continuität dadurch ausgleichen.

Löwenstein berichtet aus der Heidelberger Klinik **über mikrocephal. Idiotie und ihre chirurgische Behandlung nach Lannelongue** und verwirft im Anschluss an eine erfolglose Operation eines Falles von Mikrocephalie und Idiotie, combinirt mit spastischer Cerebralparalyse, die betreffende Operation, nachdem die Hypothese der primären Synostose der Nähte etc. als falsch sich erwiesen hat. Bei 111 aus der Literatur gesammelten Fällen wurde in 17 Proc. Tod nach der Operation, bei 22,5 Proc. völlige Erfolglosigkeit (9 Proc. mit geringem Erfolg), bei 21,5 Proc. Besserung notirt.

Wagner berichtet aus dem städt. Krankenhause zu Karlsruhe **zur Casuistik der Pankreas- und abdom. Fettgewebsnekrose** und gibt im Anschluss an 3 betreffende Fälle eine kurze Uebersicht der seit der Koerte'schen Monographie publicirten betreffenden Fälle.

E. Kalmus gibt aus der Prager Klinik einen Beitrag **zur operativen Behandlung des Caput obstipum spasticum** und schildert im Anschluss an 95 operativ behandelte Fälle (mit 118 Operationen), die er aus der Literatur zusammenstellt und einem von Wölfler operirten Fall, die verschiedenen Arten des spasmodischen Schiefhalses, bei denen es sich um unwillkürliche, ruckweise, heftige Bewegungen des Kopfes im Sinne der Rotation, Flexion und Deflexion oder um krampfhafte schiefe Haltung des Kopfes (klonische oder tonische Krampfzustände) handelt. Die Prognose ist, abgesehen von den hysterischen Formen, im Ganzen ungünstig. Von den zur Heilung unternommenen Operationen, die in den Fällen, die anderer Therapie widerstanden, indicirt sind, hat die Dehnung des Accessorius wohl geringe Erfolge zu verzeichnen, die Resection des Accessorius (die in 68 Fällen 23 Heilungen, 20 mal grössere oder geringere Besserung, 4 mal nur geringen Erfolg brachte, während 1 Patient an Erysipel starb) muss wohl hauptsächlich in Betracht kommen, ev. ist auch bei Betheiligung der von Cervicalästen versorgten Nackenmuskeln, wie in dem v. Wölfler operirten Fall typische Resection des hinteren Astes des Cervicalis III. angezeigt.

C. Brunner berichtet aus dem Kantonsspital in Münsterlingen **über Kropfrecidive und Recidivoperationen** und unterscheidet eigentlich genuine, locale Recidive, Heranwachsen oder Neubildung von Struma nach der Operation aus nicht operirten Theilen der Schilddrüse; eigentliche Recidive constatirt Br. in 18 Proc., solche im nicht operirten Lappen in 23 Proc. der Fälle, unter 540 nachuntersuchten Fällen, die er zusammenstellte, liess sich bei 168 Heranwachsen und Neubildung von Struma constatiren, in 31 Proc. der Fälle. Wie u. A. Sulzer nachwies stellen sich die Recidive oft erst relativ spät ein; 4—7—12 Jahre nach der ersten Operation. Für Br. ist es ausser Zweifel, dass bei festen Kröpfen und multiplen Cysten die Exstirpation und Resection im Hinblick auf Dauerresultate vorzuziehen ist; Br. macht es sich auch (wie auch Roux) zur Regel, bei allen Fällen von Enucleation auch bei soliden Cysten mindestens eine der Schilddrüsenarterien der betreffenden Seite zu ligiren. Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1900. No. 14.

J. Schoemaker-Nimwegen: **Etagennaht ohne verlorene Fäden.**

Sch. empfiehlt für die Etagennaht die Kettenstichnaht (wie bei den alten Nähmaschinen), bei der jede Schlinge durch die folgende gefasst wird, aber ihren Halt verliert, sobald diese zurückgezogen wird, so dass danach demnach der ganze Faden frei wird. Das Anlegen der Naht ist etwas complicirter, als bei gewöhnlicher fortlaufender Naht, doch lässt es sich mit einiger Uebung leicht machen. Man braucht hiezu eine Nadel mit einem Oehr neben der Spitze, ähnlich der Nähmaschine oder eine de Mooy'sche Nadel, mit der man die eine Schlinge durch die andere zieht. Ein Vortheil dieser Naht liegt darin, dass sie um so leichter entfernt wird, je fester sie angelegt war und dass sie die Wundränder miteinander in breite Berührung bringt. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900. No. 14.

1) Otto Küstner: **Ein operatives Palliativverfahren bei inoperablem Carcinoma uteri.**

Das Verfahren K.'s besteht in einer Kolpokleisis rectalis, d. h. Anlegung einer Recto-Vaginalfistel und Verschluss der Vagina. Hierdurch wird der jauchige Ausfluss in das Rectum geleitet, unter Verschluss des Sphincter ani gestellt und seine Entleerung willkürlich gemacht. Der Hauptvortheil der Operation ist die Befreiung der Kranken von dem scheusslichen Gestank. Die Ausführung der Operation ist einfach: Anlegung einer breiten Communication zwischen Rectum und Vagina, Durchleitung eines Fadens durch die Fistel, an dem sich ein in der Vagina liegender Alkoholtupfer befindet, Verschluss des Vestibulum vaginae. Der Alkoholtupfer wird am 4. Tage aus dem Anus herausgezogen. Nähere Angaben über die operirten Fälle macht K. nicht.

2) Desider Stapler-S. Paulo: **Hysterectomia rapida.**

St. hat vor 2 Jahren bereits empfohlen, die Blutstillung bei der abdominalen Totalexstirpation des Uterus durch besondere Klemmen zu besorgen, wodurch die Operation in wenigen Minuten beendet werden soll. Angeregt durch die Angiotribe von Doyen und Tuffier, hat St. jetzt ein neues Schraubenmodell zur Abklemmung der Ligamente construiren lassen, das nach seiner Ansicht die Instrumente von Doyen, Thumim, Zweifel u. A. weit übertrifft. Als Vortheile seiner „Schraubenklemme" führt St. an: sie ist leicht, kräftig, übt einen hohen Druck aus und klemmt das ganze Ligament auf einmal ab, ohne dass das Gewebe ausweichen kann. Ausser zur abdominalen Myomotomie soll das Instrument auch zur vaginalen Totalexstirpation und zur temporären Blutstillung bei Operation der Tubargravidität geeignet sein. An der Lebenden hat St. sein Instrument bisher noch nicht erproben können. Jaffé-Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 16. Band. 5. und 6. Heft.

E. A. Meyer: **Ein Fall von systematischer Erkrankung der Seitenstränge bei Carcinose, klinisch unter dem Bild der spastischen Spinalparalyse verlaufend.** (Aus dem Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf.)

Bei einer Frau entwickelte sich zu gleicher Zeit mit einem Uteruscarcinom auch eine spastische Paraplegie der Beine, als deren Ursache eine Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen anzuschuldigen war. M. glaubt dieselbe als durch die specifischen Toxine des Carcinomes bedingt auffassen zu dürfen und stellt sie der syphilitischen Spinalparalyse zur Seite.

Kirchgässer-Bonn: **Beiträge zur Kindertetanie und Beziehungen derselben zur Rachitis und zum Laryngospasmus nebst anatomischen Untersuchungen über Wurzelveränderungen im kindlichen Rückenmark.**

Wenn auch die Kinder, die an Tetanie und Laryngospasmus leiden, in der überwiegenden Mehrzahl rachitisch sind, so gibt es doch sicher Fälle, bei welchen trotz strengster Kritik rachitische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können.

In einer grossen Anzahl der an Tetanie leidenden Kinder findet sich Laryngospasmus und umgekehrt: bei Kindern mit Stimmritzenkrampf besteht in der Hälfte der Fälle manifeste oder latente (positives Trousseau'sches Phänomen) Tetanie.

Bei den anatomischen Untersuchungen des Rückenmarks von an Tetanie gestorbenen Kindern konnten mit der Marchi'schen Methode krankhafte Veränderungen an den vorderen Wurzeln in ihrem intramedullären Verlauf constatirt werden. Da aber ähnliche, gleichstarke Veränderungen der motorischen Wurzeln auch bei Kindern gefunden werden, die an anderen Krankheiten gestorben sind, glaubt K. diesem Befund keine specifische Bedeutung zuschreiben zu dürfen.

Steinhausen-Hannover: **Ueber Lähmung des vorderen Sägemuskels.**

Im Anschluss an zwei Fälle von Serratuslähmung, die bemerkenswerthe Unterschiede in der Symptomatologie boten, referirt St. über die bisherigen Beobachtungen in der Literatur und unterzieht das in den letzten 2 Jahren in der Armee gesammelte Material über diese Krankheit einer Durchsicht. Auf Grund dieser Forschungen kommt St. im Gegensatz zu den bisherigen Anschauungen zu der Ueberzeugung, dass in den meisten Fällen von Serratuslähmung eine Erhebung des Armes über die Horizontale noch möglich ist. Die Fälle, in denen der Arm bis zur Senkrechten erhoben werden kann, beruhen nach der Ansicht des Verfassers auf einer partiellen Lähmung des Serratus mit Erhaltung seiner oberen Zacken.

Hirschberg: **Zur Lehre von den Erkrankungen des Conus terminalis.** (Aus der Poliklinik des Prof. Oppenheim.)

Klinische Mittheilung eines durch Trauma bedingten, typischen Falles von Erkrankung des unteren Rückenmarksabschnittes. Der Umstand, dass die vom Ischiadicus versorgten Muskeln in Degeneration waren, die Functionen der Blase und des Mastdarmes sich aber bald erholten und die Erection und Ejaculation nie gestört war, liess den Autor annehmen, dass nur die oberen zwei Sacralsegmente durch eine traumatische Myelitis lädirt, die unteren Sacralabschnitte dagegen verschont geblieben waren.

Balint: **Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose.** (Aus der medicin. Klinik in Ofen-Pest.)

Die Krankheitserscheinungen der Sklerosis multiplex traten bei der hier beschriebenen Patientin zum ersten Male nach einem völlig normalen Puerperium auf und steigerten sich sprungweise nach jeder folgenden Entbindung. Bei der Autopsie konnte man constatiren, dass das ganze Rückenmark von sklerotischen Herden durchsetzt war. Die ganz frischen Plaques boten das Bild der subacuten Myelitis mit beginnendem Zerfall der Markscheiden

und reactiven Stützsubstanzwucherung. Die älteren Herde entbehren der Markscheiden vollständig, bleiben also bei der Weigert'schen Markscheidenfärbung völlig hell.

Auf Grund dieses Befundes hält der Autor den Process für eine durch perivasculäre Entzündung verursachte Markscheidenerkrankung, in deren Gefolge die Gliawucherung auftritt. Welche Ursache die „perivasculäre Entzündung" aber hat, darüber äussert sich der Verfasser weiter nicht.

Preobrashensky-Moskau: **Zur Casuistik der Ptomain-Paralysen.**

Nach Genuss von verschiedenen Fischwaaren erkrankten eine bis dahin gesunde Frau und ihr 15 jähriger Sohn ohne irgendwelche intestinale Störungen mit schweren Muskelparalysen. Und zwar begann die Erkrankung mit der Lähmung fast aller Muskeln, welche von den Gehirnnerven innervirt werden und schritt von da in absteigender Richtung auf die Rumpf- und Extremitätenmusculatur über. Sensibilitätsstörungen konnten keine nachgewiesen werden, die Functionen der Blase und des Mastdarmes waren intact geblieben. Pr. vermuthet, dass es sich um eine Ptomainvergiftung handelt und weist darauf hin, dass die Wirkung des hypothetischen Giftes in den hier beschriebenen Fällen viel Aehnlichkeit mit dem des Curarin hatte. Die Vermuthung des Autors, dass mancher Fall von Polyneuritis, der bisher als „rheumatischer" aufgefasst wurde, auch durch Ptomaine bedingt war, besteht zweifellos zu Recht.

Brodmann: **Kritischer Beitrag zur Symptomatologie der isolirten Serratuslähmung nebst Bemerkungen über die erwerbsschädigenden Folgen derselben.** (Aus der psychiatrischen Klinik zu Jena.)

Auch in diesem Falle von Serratuslähmung war eine Erhebung des Armes über die Horizontale fast bis zur Senkrechten (bis zu 160°) möglich. Der Serratus war nach der Ueberzeugung des Verfassers in seinem ganzen Umfang gelähmt; in die verloren gegangene Functionsleistung des vorderen Sägemuskels theilen sich nach seiner Ansicht der mittlere und obere Theil des Cucullaris, der Deltoideus und der Infraspinatus. Indem diese Muskeln hypertrophisch werden, können sie die Functionen des gelähmten Cucullaris völlig übernehmen.

Kleinere Mittheilungen:

Krafft-Ebing-Wien: **Ein scheinbarer Fall von Paralysis agitans.**

Es handelte sich bei dem hier beschriebenen Kranken um einen hysterischen Tremor, der dem Zittern bei der Parkinson-schen Krankheit in frappanter Weise ähnelte.

Zuelzer-Berlin: **Ein Fall von doppelseitiger Erb'scher combinirter Schulterarmlähmung nicht traumatischen Ursprungs.**

Strümpell: **Historische Notiz betr. die Pseudosklerose.**

Besprechungen.

L. R. Müller.

Archiv für Hygiene. Bd. XXXVII, Heft 1, 1900.

1) Stanislav Ruzicka-Prag: **Vergleichende Studien über den Bacillus pyocyaneus und den Bacillus fluorescens liquefaciens.**

Im Anschluss an eine frühere Arbeit über dasselbe Thema, in welcher Verfasser zu dem Resultat gekommen war, dass es nicht immer möglich sei, den Bacillus pyocyaneus vom Bacillus fluorescens liquefaciens zu unterscheiden, legt er sich nunmehr die Frage vor, ob bei typischen Stämmen beider Formen wechselseitige Umänderungen wenigstens einzelner Eigenschaften auftreten können, die geeignet wären, eine bessere Unterscheidung zu ermöglichen.

Er stellte 2 Versuchsreihen an, indem einmal der Bacillus fluorescens „unter parasitäre Verhältnisse", d. h. auf die Haut oder auf Wunden von Mensch oder Thieren gebracht wurde, der Bacillus pyocyaneus dagegen „unter saprophytischen Verhältnissen" leben sollte. Dabei zeigte sich, dass sich der Bacillus fluorescens auf Wunden mehr als 2 Wochen, in Reincultur oder auch verunreinigt, halten und dass er ebenfalls Anlass zu Eiterentwicklung geben kann. Irgend welche morphologisch charakteristische Neuerscheinungen konnten jedoch auch dann nicht aufgefunden werden, als Versuche bei höherer Temperatur im Thermostaten angestellt wurden. Immerhin ist zu bemerken, und dies tritt auch recht deutlich bei Züchtung des Bacillus pyocyaneus unter saprophytischen Verhältnissen — also im Wasser — hervor, dass typische Stämme beider Arten unter den gleichen oder auch unter verschiedenen Lebensbedingungen sich entweder vollständig oder nur zu einer Uebergangseigenschaft umändern oder endlich, dass sie Eigenschaften acquiriren können, welche überhaupt weder für den einen noch für den anderen als charakteristisch zu bezeichnen sind. Diese Umänderungen, welche sich sehr lange Zeit erhalten können, sollen mit ziemlich grosser Wahrscheinlichkeit auf höhere Temperaturen und reichlichere Luft zurückzuführen sein.

Die Quintessenz der Arbeit ist, dass man im gegebenen Falle — falls man nicht die Provenienz des betreffenden fluorescirenden Organismus kennt — nur sehr schwer in der Lage sein wird, denselben für einen „Pyocyaneus" noch einen „Fluorescens" zu erklären, eine Schwierigkeit, die, wie schon Lehmann und Neumann betonen, durch die grosse Variabilität beider Arten hervorgerufen wird.

2) Otto Kalischer: **Zur Biologie der peptonisirenden Milchbacterien.**

Die Untersuchungen des Verf. erstrecken sich auf einen sporentragenden Organismus aus der Gruppe des Subtilis oder Kartoffelbacillus, welcher nur aërob gedeiht und die Fähigkeit besitzt, das in der Milch gefällte Eiweiss wieder aufzulösen. Der Bacillus ist im Stande, bei lange dauerndem Wachsthum die Milch vollständig zu zersetzen, wobei jedoch das Fett in keiner Weise angegriffen wird.

Am schnellsten und ehesten wird der Milchzucker in Mitleidenschaft gezogen, indem er eine stufenweise fortschreitende Verminderung erfährt. Jedoch bis unter 2,6 Proc. geht der Gehalt an Milchzucker nie herab. Als weitere Zersetzungsproducte wurden nur flüchtige Säuren nachgewiesen.

Bei der Zersetzung des Caseins entsteht zuerst Albumose, später Pepton, daneben aber auch Ammoniak, Valerian- und Essigsäure, Tryptophan, Leucin und Tyrosin. Indol, Skatol und Phenole konnten dagegen nicht nachgewiesen werden. Das von den Bacterien producirte verdauende Ferment stimmt mit dem Trypsin bis auf die Bildung von aromatischen Oxysäuren vollständig überein. Das gebildete Labferment unterscheidet sich von dem gewöhnlichen Labferment nicht.

3) A. Schattenfroh und R. Grassberger: **Ueber Buttersäuregährung. I. Abhandlung.**

Die viel umstrittene Frage über die Erreger der Buttersäuregährung wird von Neuem von den Verfassern aufgegriffen und eingehend studirt. Bei ihren Untersuchungen finden sie unter anderen einen streng anaëroben sporentragenden Bacillus, der ausserordentlich verbreitet ist, bisher aber nicht bekannt war, und zeigen ausserdem, dass die Existenz des bisher als Hauptorganismus bei der Buttersäurevergährung angesehenen Bacillus butyricus Botkin angezweifelt werden muss. Der von den Verfassern reingezüchtete, mit dem Namen „Granulobacillus saccharobutyricus immobilis liquefaciens" (!) bezeichnete Organismus wurde mittels des Botkin'schen Verfahrens aus Milch gewonnen, indem dieselbe einige Zeit dem strömenden Dampf ausgesetzt war und dann bei 37° aufbewahrt wurde.

Der gefundene Organismus wächst am besten bei Bruttemperatur, ist streng anaërob, lässt sich zwar auf allen Nährböden züchten, doch gedeiht er am vorzüglichsten auf zuckerhaltigem Substrat. Ebenso zeigt sich Milch als Nährboden sehr geeignet. Die Stäbchen sind dick, nach Gram färbbar und tragen Sporen, die am vollkommensten auf Stärkekleisternährböden zur Ausbildung gelangen. Ihre Widerstandsfähigkeit gegen Hitze ist ausserordentlich gross.

Bei der Gährung entstehen ausser Buttersäure noch Kohlensäure, Wasserstoff, Rechtsmilchsäure und geringe Mengen von Alkohol.

Verfasser fanden den „Granulobacillus" im Boden, im Wasser, in Mehl und Käsearten, im Koth von Menschen und besonders häufig im Koth von Rindern.

Pathogene Eigenschaften konnten nicht nachgewiesen werden.

R. O. Neumann-Kiel.

Berliner klinische Wochenschrift. 1900. No. 16.

1) W. Flemming-Kiel: **Ueber Zelltheilung. Säculartikel.**

Zu kurzem Referate an dieser Stelle ungeeignet.

2) K. Brandenburg-Berlin: **Erfahrungen über die Voruntersuchungen zur Aufnahme in die Lungenheilstätte am Grabowsee.**

Verf. schildert die für die Aufnahme in die genannte Heilstätte maassgebenden Grundsätze. Die Einweisung der meist poliklinisch behandelten Bewerber erfolgt, ohne das Auftreten von Tuberkelbacillen im Sputum abzuwarten, hauptsächlich auf Grund des physikalischen Lungenbefundes mit Berücksichtigung gewisser Ernährungsstörungen (Abmagerung, Mattigkeit, Magenbeschwerden, Anaemie, Neigung zu Schweissen) und der Familienverhältnisse. Unter den anderen Frühsymptomen wird besonders die initiale Haemoptoe neuerdings betont, sowie Kurzathmigkeit. Von der Anstaltsbehandlung werden ausgeschlossen die Kranken mit doppelseitigen Affectionen, wenn auch nur auf einer Seite die Dämpfung die 2. Rippe überschreitet. Kehlkopferkrankung bildet keine ausnahmslose Contraindication, ebensowenig kleine Pleuraexsudate. Schliesslich schildert Br. den von ihm geübten Untersuchungsmodus.

3) H. Wolff-Berlin: **Ueber eine neue Untersuchungsmethode des Augenhintergrundes im aufrechten und im umgekehrten Bilde mit einem neuen elektrischen Augenspiegel.**

Da die Einrichtung des Instrumentes ohne Zeichnung nicht wohl verständlich gemacht werden kann, so muss auf das Original hingewiesen werden. Mit dem Spiegel kann auch die Autophthalmoskopie bequem ausgeführt werden. Bei weiter Pupille kann die Sehnervenscheibe und die Macula lutea gleichzeitig und zwar in allen Theilen gleich hell gesehen werden. Die Lichtintensität ist geringer als bei der sonst üblichen Beleuchtung und daher für den Untersuchten schonender. Der sonst so störende Hornhautreflex verschwindet.

4) H. Senator-Berlin: **Ueber einige ausgewählte Punkte der Diagnose und Therapie der Lungentuberculose.**

Von den Frühsymptomen bespricht S. zunächst die Haemoptoe. Besonders ist zu beachten, ob man es wirklich mit Bluthusten zu thun hat. Es kann gleichzeitig letzteres mit Blutbrechen stattfinden. Traumatische Einflüsse, bei Kindern Verschlucken von Fremdkörpern, sind zu berücksichtigen, ferner Circulationsstörungen, Geschwülste, Aneurysmen, Parasiten, die sog. haemorrhagische Diathese. Die „vicariirende Haemoptoe" ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Hinsichtlich des physi-

kalischen Frühbefundes ist wichtig, dass bei Tuberculose die Dämpfung wenig oder gar nicht ausgesprochen ist, während die Auscultation schon bestimmte Veränderungen aufweist. Die Unterscheidung syphilitischer Processe von tuberculösen gelingt nicht immer.

Die Haemoptoe behandelt S. mit absoluter Ruhe, spärlicher Ernährung mit flüssiger Kost, Milch, ferner Abkochungen von Gelatine (15—20 g auf 200 Wasser), Morphium, bei aufgeregter Herzthätigkeit mit Digitalis, Eisblase.

Von Secalepräparaten sieht Verf. wenig Wirkung, eher noch vom Stypticin subcutan. Ob das Binden der Glieder etwas nützt, ist fraglich. Starkes Fieber sucht S. durch Phenacetin, Pyramidon zu beeinflussen; die Haut lässt er mit Mentholkampherspiritus abreiben, auch Abends Speckeinreibungen vornehmen. Wirksam gegen den Schweiss ist besonders auch stellenweises Pinseln mit Formol. Innerlich kommen Atropin, Agaricin, Kamphersäure, tellursaures Natron (0,02—0,05) in Betracht, auch Sulfonal.

5) K. Gumbertz-Berlin: **Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Poliomyelitis anterior acuta adultorum auf infectiöser Grundlage.**

Bei einem gesunden, 23 jährigen Mann trat im Anschluss an ein gastrisches Fieber plötzlich eine einseitige schlaffe Lähmung des oberen Theiles des Plex. brachial., sowie Parese des Beines derselben Seite mit Verlust des Kniephänomens auf. Verf. erörtert die Berechtigung obiger Diagnose.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 15.

1) L. Lewin: **Ueber die toxikologische Stellung der Raphiden.** (Aus dem pharmakologischen Laboratorium von Prof. L. Lewin in Berlin.) (Schluss folgt.)

2) Determann-St. Blasien: **Ueber die Beweglichkeit des Herzens bei Lageveränderungen des Körpers.**

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin am 26. Februar 1900. Referat siehe diese Wochenschr. No. 10, p. 338.

3) Richard Müller-Berlin: **Zur Indicationsstellung für Mastoidoperationen.**

M. vertheidigt seinen schon früher präcisirten Standpunkt, wonach bei jeder acuten Mittelohreiterung, welche trotz sachgemässer Behandlung nach 14 Tagen noch keine Besserung zeigt, die Eröffnung des Antrum mastoideum angezeigt ist.

4) A. Hesselbach-Halberstadt: **Ovarialcyste als Geburtshinderniss, durch Colpotomia posterior entfernt.**

Casuistische Mittheilung.

5) W. Lublinski-Berlin: **Die Syphilis der Zungentonsille nebst Bemerkungen über ihr Verhältniss zur glatten Atrophie der Zungenbalgdrüsen.** (Schluss aus No. 14.)

Die glatte Atrophie der Zungenbalgdrüsen kommt sowohl bei der oberflächlichen sklerosirenden, als bei der gummösen ulcerösen Erkrankung des Zungengrundes vor und zwar nur als Tertiärsymptom. Pathognomonisch ist diese Affection aber nicht für Syphilis, da dieselbe auch unabhängig von dem syphilitischen Localprocess im höheren Alter, bei Tuberculose, schwerer Anaemie u. s. w. auftreten kann.

F. Lacher-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXX. Jahrg No. 8.

1) Albert Kocher: **Eine Methode früher Radicaloperation bei Perityphlitis.** (Aus der chirurg. Klinik von Prof. Kocher in Bern.)

Prof. Kocher wendet seit 1896 bei acut eiteriger Perityphlitis folgende Operationsmethode (4 Fälle) an: Eröffnung des Abscesses durch kleinen Schnitt vollständig innerhalb der begrenzenden Adhaesionen, Ausspülung, Tamponade, Verband. Am nächsten oder zweiten folgenden Tag Exstirpation des Wurmfortsatzes nach Schrägschnitt am Rectusrand und Eröffnung des Peritoneums; Naht des Peritoneums und der Fascie, am nächsten Tag auch der Haut. Durch die Methode wird einerseits die Infection des Peritoneums (Colibacillen und Pneumococcen sind weit weniger gefährlich als Staphylo- und Streptococcen) verhütet, andererseits eine ganz exacte Entfernung des Wurmfortsatzes ermöglicht. Hernien an der Stelle der Abscessincision sind allerdings zu erwarten.

2) C. Leuw: **Ein durch Laparotomie geheilter Zwerchfellbruch.** (Aus dem Cantonsspital Glarus.)

Bisher der erste Fall mit glücklichem Ausgang. Der Bruch war wohl bei früherem Trauma entstanden und machte Symptome eines unvollständigen subacuten Darmverschlusses. Die Reposition des Bruchinhaltes konnte nicht vollständig gemacht werden. Anlegung eines künstlichen Afters, der bald versiegte.

Pischinger.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift. 1900. No. 15.

1) A. Elzholz-Wien: **Ueber Beziehungen der Korsakoff'schen Psychose zur Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior.**

Verf. erörtert zunächst die polyneuritische Psychose nach Korsakoff mit eingehender Würdigung der darüber vorhandenen Literatur, besonders auch mit Rücksicht auf die K.'sche Theorie betr. der zu Grunde liegenden Toxaemie, um sodann das Wesen der Wernicke'schen Polioencephalitis (conjugirte Augenmuskellähmungen, Störungen des Ganges, Bewusstseinsalterationen u. a.) zu besprechen nebst den Modificationen, welche spätere Autoren an dem ursprünglichen Krankheitsbilde vornahmen. Besonders wichtig in letzterer Hinsicht sind die Fälle, welche in Heilung ausgingen. In 6 letzterer fand sich eine Combination des Leidens mit der sogen. polyneuritischen Psychose. Der alkoholischen Polioencephalitis scheint die Tendenz inne zu wohnen, sich regelmässig mit der Korsakoff'schen Psychose zu combiniren. Der pathologisch-anatomische Befund bei der polyneuritischen Psychose kann mit den Befunden bei der Wernicke'schen Polioencephalitis im Wesentlichen übereinstimmen. Näher kann auf den ausführlichen Vortrag hier nicht eingegangen werden.

2) D. Pupovac-Wien: **Ein Beitrag zur sogen. retrograden Incarceration.**

Der Ausdruck, von Maydl stammend, bezeichnet den Zustand, dass der incarcerirte Theil des betr. Organes bauchwärts vom incarcerirenden Ringe gelegen ist. Das betrifft hauptsächlich Tube und Wurmfortsatz.

In dem 1. der vom Verf. beschriebenen Fälle (80 jähriger Diener, 10 Tage post operat. an Lobulärpneumonie gestorben) handelte es sich um ausschliessliche Erkrankung des Process. vermiform., dessen peripherster Theil bauchwärts vom Bauchringe lag und am schwersten geschädigt war. Der Wurmfortsatz war lang und hatte ein freies Mesenterium. Nur 1 ähnlicher Fall ist von Rose beschrieben. Im 2. Fall (46 jähriger, operativ geheilter Patient) betraf die retrograde Incarceration das Netz. Verf. bespricht noch das Unzutreffende des Ausdrucks „retrograde Incarceration".

3) R. Savor-Wien: **Zum Artikel von Schenk und Austerlitz: „Weitere Untersuchungen über den Keimgehalt der weiblichen Urethra".** (Wien. klin. Wochenschr. 1900, p. 319 ff.)

S. führt gegenüber den Befunden der beiden Autoren aus, dass ihre Untersuchungsmethode abweichend von der seinigen war, wodurch die erhaltenen Resultate nicht vergleichbar würden.

Dr. Grassmann-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Königsberg**. Januar 1900.

3. Kreis Samson: Experimentelle Beiträge zur Lehre von den Wirbelluxationen.
4. Radilowsky Mendel: Beiträge zur Therapie schwerer Skoliosen.

Februar 1900.

5. Puppel Ernst: Beiträge zum Studium der Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in praeformirten Lymphbahnen.
6. Liepmann Paul: Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen im Lippenroth des Menschen.

März 1900.

7. Friedenthal Adolf: Beitrag zur Kenntniss der embryonalen Schädelentwicklung.
8. Neumann Paul: Ein neuer Fall von Teratom der Zirbeldrüse.
9. Schwartz Conrad: Ueber ein Teratoma testis.
10. Streit Hermann: Ueber Vitiligo.
11. Collmann Beno: Fünf Fälle von Balantidium coli im Darm des Menschen.
12. Sokolowsky Ralph: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra.
13. Mendelsohn Georg: Ueber Epilepsie in der Schwangerschaft.

Universität **Würzburg**. März 1900.

22. Bevermann Willy: Zur toxischen Beeinflussung des Geruchssinnes.
23. Bonsmann Fritz: Zur Casuistik der Beckenverletzungen bei künstlichen Geburten.
24. Bramkamp Heinrich: Ein Beitrag zu den Deformitäten des Brustkorbes (Pectus obliquum).
25. Gundert Gustav: Die Häufigkeit des Vorkommens der Mastitis puerperalis an der Würzburger Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1889—1899.
26. Heizer Heinrich: Ein Fall von Aneurysma des Truncus thyreocervicalis.
27. Kalkbrenner Paul: Ueber den natürlichen Farbstoff der rothen Wurstwaaren.
28. Kondring Johannes: Ueber Osteotomia subtrochanterica obliqua bei Luxatio coxae congenita.
29. Kress Hermann: Zur Frage der functionellen Anpassung.
30. Pottgiesser Gustav: Acht Fälle von Rhinophym.
31. Rosenberg Wulf-Wladimir: Beiträge zur Kenntniss der Bacterienfarbstoffe, inbesondere der Gruppe des Bacterium prodigiosum.
32. Wokenius Hugo: Polyneuritis acuta infectiosa.

Vereins- und Congressberichte.

29. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin vom 18.—21. April 1900 siehe S. 594.

Aerztlicher Verein in Hamburg.
(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 10. April 1900.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. **Demonstrationen:**

1. Herr **Kellner** demonstrirt das Gehirn eines 12 jährigen Idioten, der im Leben die typischen Zeichen der **Porencephalie** geboten hatte. Es fand sich eine ganz besonders stark ausgeprägte Differenz der Entwickelung der beiden Hirnhälften. Das Gesammtgewicht des Gehirnes beträgt 905 g, davon betrifft $^4/_5$ die eine und nur der 5. Theil wird von der anderen „mikrocephalen" Hälfte ausgemacht.

2. Herr **Kümmell** stellt einen Patienten vor, bei dem er eine **extraperitoneale Resection eines Dickdarmcarcinoms** mit Erfolg ausgeführt hat.

Bei dem wegen „Magencarcinom" operirten Kranken fand man ein in das Kolon ascendens intussuscipirtes Coecumcarcinom, dessen Entwirrung mit Schwierigkeiten gelang. Der Kranke war zu elend, um eine ausgedehnte Darmresection vorzunehmen. K. beschloss, die Bauchhöhle dauernd abzuschliessen und resecirte nach Abschluss derselben den nach aussen gelagerten Darmtumor. Später wurden die beiden Darmstücke angefrischt und durch Darmnaht vereinigt, in einer weiteren kleinen Nachoperation wurde die Bauchhaut darüber vernäht. In Fällen, in denen der Kräftezustand die Vornahme von primären Resectionen nicht gestattet, empfiehlt K. diese Methode, die ihm bereits mehrfach gute Resultate gegeben hat.

II. Vortrag des Herrn **Foss** (als Gast): **Einwirkung des Sauerstoffs auf Herz- und Arterienarbeit.**

Ausgehend vom physiologischen Experiment, dass ein Muskel, speciell der Herzmuskel, in Sauerstoff länger und ergiebiger contractionsfähig bleibt, als in athmosphärischer Luft, hat F. Sauerstoffinhalationen in allen solchen Fällen verabreicht, wo ihm ein erhöhtes Sauerstoffbedürfniss vorhanden zu sein schien. Dies ist vor Allem im heissen Bade der Fall. Die üblen Nebenwirkungen heisser Bäder und insbesondere heisser Moorbäder: Angst, Herzklopfen, Pulsfrequenz, Schlaflosigkeit sind die Folge der durch das heisse Bad verursachten ungenügenden Athmung. Liess F. nun Sauerstoff (etwa 3 Bomben pro Bad) inhaliren, so verschwanden die lästigen Nebenwirkungen. Um den Erfolg dieses therapeutischen Vorgehens, der in 23 Fällen nicht vermisst wurde, zu illustriren, hat F. vergleichende Pulscurven aufgenommen, die er mittels Projectionsapparat demonstrirt und erläutert. Der Vortrag wird ausführlich in der Zeitschrift für Krankenpflege erscheinen.

Discussion: Herr Gleiss bespricht den günstigen Einfluss der Sauerstoffinhalationen bei Chloroformasphyxien. Er hat sich 1895 auf Schede's Veranlassung eingehend mit dieser Frage befasst und damals mehrere evidente Erfolge gesehen. Auch eine Verstärkung der Pulswelle liess sich sphygmographisch nachweisen.

Herr Kümmell hat nach Schede's Fortgang die Sauerstoffinhalationen bei Narkosezufällen noch mehrere Jahre fortsetzen lassen, ist aber jetzt ganz davon zurückgekommen, da er immer den Eindruck gehabt hat, dass die günstig verlaufenden Fälle auch ohne Sauerstoff gerettet wären und er mehrere Todesfälle trotz Sauerstoff erlebt hat. Er bespricht kurz die Sauerstoffbehandlung localer Asphyxien (beginnende spontane Gangraen), die scheinbar einzelne Erfolge aufzuweisen hat. Werner.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.
(Bericht des Vereins.)

Sitzung vom 27. November 1899.

Vorsitzender: Herr Leichtenstern.

Schriftführer: Herr Dreesmann.

1. Herr **Grothe: Zur Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation, mit Demonstration.**

(Der Vortrag erscheint ausführlich in dieser Wochenschrift.)

2. Herr **Huismans: Morbus Addisonii.**

(Der Vortrag ist veröffentlicht in No. 13 dieser Wochenschr.)

3. Herr **Goldberg: Ueber Prostatitis gonorrhoica.**

Die bisher vorwiegend bekannten Arten der Betheiligung der Prostata an der Gonorrhoe, die Prostatitis parenchymatosa und die Prostatorrhoe, sind die seltensten Erscheinungsformen der Prostatitis gonorrhoica.

Die Gonorrhoen, welchen durch die Prostataaffection eine besondere Eigenthümlichkeit verliehen wird, lassen sich klinisch gruppiren in folgende Arten:

1. Anscheinend Urethritis anterior, Prostatitis latent;
2. Urethritis totalis mit Prostatitis, acut und subacut;
3. vereiternde Prostatitis, Prostataabscess;
4. chronische Prostatitis, mit oder ohne Neurasthenie, mit oder ohne Prostatorrhoe.

Vortragender bespricht im Einzelnen die Krankheitsbilder.

Die Prognose der Gonococceninfection der Prostata ist im Allgemeinen günstig, wenn auch langdauernde Beobachtung und öftere bacteriologische Untersuchungen des Secrets zu einem diesbezüglichen Urtheil erforderlich sind. Die Prognose der Erkrankung quoad restitutionem ist dagegen stets zweifelhaft.

Die Therapie erörtert G. sowohl hinsichtlich der einzelnen Formen, wie der verschiedenen Technicismen und ihrer Begründung.

Herr Wallerstein: Ich möchte mir die Anfrage gestatten, in wie vielen seiner Fälle es dem Collegen Goldberg gelungen ist, das Secret der im Anschluss an eine Gonorrhoe erkrankten Prostata gonococcenfrei zu machen. Meines Erachtens kommt es wesentlich darauf an, wenigstens für die Frage der Infectionsgefahr. Ob das Secret der Prostata sonstwie abnorm ist oder bleibt, ob ihm eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Eiterkörperchen beigemischt ist, ist ja gewiss nicht gleichgiltig, aber man darf diesem Verhalten doch auch keine übertrieben hohe Bedeutung bemessen. Wenn man bedenkt, dass der überwiegende Theil unserer männlichen Bevölkerung sich einmal eine Gonorrhoe zugezogen hat und dann berücksichtigt, in wie vielen Fällen das Leiden zur Ausheilung kommt, ohne dass die Prostata einer besonderen Behandlung unterzogen wurde, so möchte ich doch glauben, dass dieser Prostatitis nicht die Gefahr inne wohnt, wie man nach den Ausführungen des Herrn Vortragenden annehmen müsste.

Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.
(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. März 1900.

Vorsitzender: Herr Bahrdt.

Schriftführer: Herr Windscheid.

Herr **J. Lange** stellt ein 8 Monate altes, **hereditärluetisches Kind** vor, bei dem sich im Alter von 19 Wochen im linken Stirnbein ein grosser Defect, der fast bis an die Orbita reichte, ausbildete. Beim Schreien wölbte sich der Schädelinhalt genau wie bei der grossen Fontanelle vor. Gleichzeitig bestand eine sehr hochgradige Kraniotabes. Unter Phosphorbehandlung bildete sich der Defect spurlos zurück, ziemlich gleichzeitig mit der Kraniotabes, so dass nach ca. 7 Wochen nichts mehr nachzuweisen war. 6 Wochen später entwickelte sich auf beiden Stirnhälften je eine ca. fünfpfenniggrosse, kreisrunde dellenförmige Vertiefung, die aber den Knochen nicht perforiren, auch keinen erhöhten Rand zeigen. Allgemeinbefinden ungestört.

Die Diagnose bleibt zunächst in suspenso. Der erste Vorgang ist wohl als rhachitische Kraniotabes aufzufassen, während die Dellenbildung eher der Lues zuzuschreiben ist. (Autoreferat.)

Herr **Schwarz** demonstrirt zwei Fälle von **trachomatöser Hornhautentzündung.**

Herr **Kollmann: Eigene Erfahrungen über cystoskopische intravesicale Operation gutartiger Blasengeschwülste** (mit Demonstration).

Bisher sind es nur wenige Autoren gewesen, welche eigene Erfahrungen mittheilten über Operation von Blasengeschwülsten, die vermittels der von Nitze angegebenen cystoskopischen intravesicalen Methode ausgeführt wurde. Ausser der bekannten grossen Veröffentlichung von Nitze selbst (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane 1896, H. 7 u. 8) und einigen kleineren, besitzen wir noch die ausführliche Beschreibung eines erfolgreich operirten Falles von Papillom durch Görl (das gleiche Centralbl. 1896, H. 3), und 1897 bemerkte Viertel in seiner vortrefflichen Darstellung der physikalischen Untersuchungsmethoden der weiblichen Blase (Handbuch der Gynäkologie von Veit, 2. Bd.), dass er die Nitze'sche Methode ebenfalls ausübe. Endlich ist noch L. Casper zu erwähnen, der in seinem Handbuch der Cystoskopie 1898, bei Gelegenheit der Besprechung des von ihm modificirten Instrumentariums, mittheilte, 3 Tumoren — darunter ein Carcinom — intravesical operirt zu haben.

Anknüpfend an die im Vorstehenden citirten Publicationen berichtete K. über 15 Fälle von Blasengeschwülsten, die er im Laufe der letzten 5 Jahre beobachtet hat; einige davon wurden in verschiedener Weise chirurgisch behandelt, in 7 Fällen nahm K. aber intravesicale Operationen vor.

In 2 von diesen Fällen handelte es sich um Carcinom; hier wurden weitere intravesicale Eingriffe sistirt, nachdem durch die Mikroskopie der schon bei der Cystoskopie entstandene Verdacht auf das Bestehen einer malignen Geschwulst bestätigt war.

Der längste Dauererfolg vollständig gelungener intravesicaler Operation, den K. vorläufig zu verzeichnen hat, betrifft einen Fall

von wallnussgrossem Papillom bei einem jungen Mann, mit dessen Entfernung im Februar 1897 begonnen wurde; die letzte Revision wurde 3 Jahre später vorgenommen und zeigte vollständiges Fehlen jeglichen Recidivs. Die übrigen Fälle von intravesical operirtem Papillom vertheilen sich auf das gleiche und die folgenden Jahre, ebenso auch die oben erwähnten Fälle von Carcinom.

Im Ganzen wurden von K. bis zum heutigen Tage etwa 60 intravesicale Sitzungen vorgenommen, die von Erfolg begleitet waren. Blutungen von Belang traten nur nach einer einzigen Sitzung auf, aber auch in diesem Falle schwanden sie wieder von selbst bei entsprechendem exspectativen Verhalten. Andere Complicationen hat K. bisher noch niemals beobachtet, vor Allem keinen Blasenkatarrh, abgesehen von ganz minimalen und schnell wieder verschwindenden Erscheinungen, die hierauf zu beziehen wären; von Entzündungen der Prostata, des Hodens oder Nebenhodens, oder der oberen Harnwege und der Niere wurde aber in keinem Fall auch nur die geringste Andeutung wahrgenommen.

K. muss nach seinen bisherigen Beobachtungen die von Nitze gemachten Angaben in jedem Punkte bestätigen; das Verfahren verdient die Beachtung aller Fachgenossen in vollstem Maasse. Leicht ist die dazu nöthige Technik keinesfalls, oft wird sie sogar ganz ausserordentlich schwierig; aber in den für die Operation passenden Fällen von gutartigem Papillom, vor Allem solchen, die frühzeitig diagnosticirt werden, darf die Nitze'sche Methode wohl darauf rechnen, den Kampf mit der Sectio alta siegreich zu bestehen.

Herr **Menge: Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation.**

Der Vortrag erscheint ausführlich in dieser Wochenschrift.

Sitzung vom 20. März 1900.

Herr Trendelenburg demonstrirt das Epidiaskop und die neu erbaute chirurgische Klinik.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 21. April 1900.

Eine Warnung. — Die Stellung der Regierung zu den Aerztekammern. — Zahl der Mediciner. — Ruptur eines Aneurysma der Carotis int. an der Hirnbasis, Unterbindung der Carotis communis, Exitus.

Der Verband der Aerzte Wiens hat jüngst die folgende „Warnung" publicirt: „Mit Bezug auf ein vor Kurzem in einem Wiener Tagesjournale eingeschaltetes Inserat, durch welches eine Meisterkrankencasse mehrere Controlärzte sucht, wird seitens des Verbandes der Aerzte Wiens in Erinnerung gebracht, dass laut Beschluss des allgemeinen Wiener Aerztetages und der Wiener Kammer die Annahme einer solchen Stelle standeswidrig ist und einem Verrathe an der Gesammtheit der Collegen gleichkommt." Nun bestehen in Wien bereits mehrere Meisterkrankencassen, welche derartige, fix bestellte Controlärzte aufweisen, trotz Aerztetag und trotz Aerztekammer, und hieran wird wahrscheinlich auch die jüngste Schöpfung, der sog. „Verband der Aerzte Wiens" leider nichts ändern. Es gibt eben unbotmässige Collegen, die eigene Wege gehen, wenn auch die Gesammtheit in moralischer und materieller Hinsicht hiedurch intensive Schäden erleidet.

Dass unsere Behörden bezüglich der Werthschätzung der Institution der Aerztekammern und implicite des ärztlichen Standes gar sonderbare Ansichten haben, das geht aus einem Circular des Präsdenten der Vorarlberg'schen Aerztekammer hervor, welches jüngst die Runde machte, d. h. allen Aerztekammern Oesterreichs zur Kenntniss gebracht wurde. Die Kammer in Vorarlberg hatte gegen zwei Aerzte, welche trotz der Bestimmungen der Aerztekammer pauschalirte Cassenstellen angenommen und trotz der an sie ergangenen ehrenräthlichen „Verwarnung" die Stellen beibehielten, ein ehrenräthliches Urtheil gefällt mit Geldbusse, wogegen die zwei Aerzte an die Statthalterei für Tirol und Vorarlberg in Innsbruck Recurs ergriffen. Diesem Recurse wurde Folge gegeben, das ehrenräthliche Urtheil aufgehoben, weil der Ehrenrath „die Competenz überschritten habe", dadurch, dass er eine Strafe gegen eine Handlung von Aerzten beschlossen habe, welche in anderen Körperschaften sowohl als auch im Krankencassengesetze zulässig, ja sogar durch die allgemeinen Strafgesetze nicht einmal verpönt sei.

Gegen diese Entscheidung gab's keinen Recurs, doch existirte für die Aerztekammer noch der § 3 des Kammergesetzes, der es zuliess, dass sie sich an die Behörde mit einem „Antrage und Anliegen" wende, um authentischen Aufschluss über die Competenz der Kammer und des Ehrenrathes zu erhalten, damit in Hinkunft solche ungerechte ehrenräthliche Urtheile nicht mehr gefällt werden und damit die politischen Landesbehörden nicht mehr beschäftigt werden müssten. Die Frage war ja eine principielle und man hätte erwarten sollen, dass das Ministerium des Innern diese Gelegenheit gerne ergreifen würde, um die Competenz der Aerztekammern Oesterreichs streng zu umgrenzen. Es kam ganz anders. Nach fast zweijährigem Zuwarten antwortete das Ministerium in einem Erlasse, dass der Aerztekammer in diesem Falle das Recht einer — „Berufung" nicht zukomme! Sie hatte ja gar nicht recurrirt, sie hatte bloss gebeten, ihre Competenz zu umgrenzen, damit sie und die Schwesterkammern in Oesterreich in Hinkunft ihr Vorgehen darnach einrichten. In der Antwort des Ministeriums geschieht nicht einmal Erwähnung über die gestellte Frage, ob die Aerztekammern competent seien, die Beschlüsse, welche sie einstimmig gefasst haben und welche von der Aufsichtsbehörde (Statthalterei) nach § 14 des Kammergesetzes nicht inhibirt oder beanstandet wurden, auch durchzuführen, oder ob es jedem kammerpflichtigen Arzte freistehe, die Beschlüsse der Kammer zu befolgen oder nicht. „Somit wäre der Ehrenrath der Aerztekammer — so klagt der Präsident der Vorarlberg'schen Kammer — auf Gnade und Ungnade der politischen Landesbehörde anheimgegeben und gegen solche politische Entscheidungen in Ehrenrathsachen der Aerzte gibt's keine weitere Berufung, sondern die Kammer hat sich der unfehlbaren Weisheit eines oder mehrerer politischer Beamten zu unterwerfen."

Und weiter: „Man sollte vorerst annehmen dürfen, dass gegen eine Entscheidung des Ehrenrathes in merito keine Einwendung oder Berufung zulässig wäre, wie solche auch bei der Advocatenkammer oder militärischen Ehrengerichten nicht zulässig ist; denn über den Ehrbegriff im ärztlichen Stande urtheilt doch die ärztliche Körperschaft, nicht ein politischer Beamter, welcher in seinem Stande vielleicht andere Ehrbegriffe kennt. Es spricht aber auch das Kammergesetz dafür, dass der Ehrenrath competent ist, gegen Aerzte, welche ihre Pflichten als Angehörige der Aerztekammer verletzt haben, strafend vorzugehen. Damit aber strafend vorgegangen werden darf, muss doch ein meritorisches Vergehen constatirt sein, über das nur der Ehrenrath entscheidet."

Der Schluss lautet: „Das Gesetz ist unvollständig, mangelhaft und in keiner Weise den erwarteten Erfolgen entsprechend. Eine Abänderung wäre dringend nöthig, aber bei der jetzigen Constellation wohl aussichtslos." Bleibt also bloss die Selbsthilfe der Aerzte übrig, um durch Organisation und Consolidirung die honorigen Aerzte gegen einzelne renitente Collegen zu schützen.

An der Wiener medicinischen Facultät waren im abgelaufenen Wintersemester 2108 Hörer inscribirt, von welchen 1270 ordentliche, 160 ausserordentliche waren, ferner 661 Frequentanten und 17 Hospitantinnen (14 Russinnen). Gegenüber dem Wintersemester des Vorjahres ist die Zahl der Mediciner gesunken, und zwar hat die Ziffer der ordentlichen Hörer um 112, der ausserordentlichen Hörer um 100 abgenommen.

In der Vorwoche demonstrirte Dr. Karplus in unserer Gesellschaft der Aerzte das anatomische Präparat eines Falles, bei welchem intra vitam die Diagnose auf ein rupturirtes Aneurysma der Carotis interna an der Hirnbasis gestellt und Heilung durch Unterbindung der Carotis communis versucht worden war. Der ungemein interessante Fall verlief folgendermaassen:

Eine 69 jährige Frau, anscheinend gesund, wurde plötzlich von einem stechenden Schmerze befallen, der vom linken Unterkieferwinkel zum Scheitel hinaufzog. Seither heftige Kopfschmerzen linkerseits, zugleich ein Rauschen im linken Ohre; zwei Tage später leichte Ptosis links, die allmählich an Intensität zunahm, linker Exophthalmus, Doppelsehen beim Emporheben des linken Augenlides. An der Klinik Krafft-Ebing's wurde ausserdem constatirt: Arteriosklerose der tastbaren Gefässe, Hypertrophie des linken Ventrikels, eine Spur Eiweiss im Harne; ferner Parese des linken N. abducens und der äusseren Aeste des linken N. oculomotorius. Legte man das Ohr an den Kopf der Kranken, so hörte man ein lautes Geräusch, das rhythmisch, mit dem Puls synchron und links deutlicher zu hören war als rechts, am lautesten hinter der linken Ohrmuschel. Man hörte das Geräusch auch auf eine Distanz von mehreren Centimetern vom

Kopfe; Compression der linken Carotis communis am Halse brachte das Geräusch zum Verschwinden. Gegen die anhaltenden Kopfschmerzen Eisbeutel und Antineuralgica mit vorübergehender Erleichterung.

Der Vortragende begründete seine Diagnose auf Ruptur eines kleinen Aneurysma der linken Carotis interna an der Hirnbasis. Die Kranke willigte in die Operation ein, welche von Professor v. Mosetig vorgenommen wurde. Nach Unterbindung und Durchschneidung der linken Carotis communis am Halse waren die Kopfschmerzen mit einem Schlage verschwunden und kehrten nicht wieder; das auch von der Kranken wahrgenommene Sausen verlor sich im Laufe des nächsten Tages nach und nach vollkommen; ebenso schwand der Exophthalmus, der Bulbus war nicht empfindlich, die Ptosis und die Parese gingen zurück, Patientin war überglücklich. Leider trat schon Tags darnach Herzschwäche ein, welcher sich rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie hinzugesellten; Lobulärpneumonie, Exitus nach einigen Tagen.

Die von Prof. Weichselbaum vorgenommene Section bestätigte die klinische Diagnose. An der linken Carotis im Sinus cavernosus zeigt das Präparat ein sackförmiges, flaches, etwa 1 cm langes Aneurysma, welches an der medialen Wand eine 3 cm lange, von einem Thrombus verstopfte Rissstelle aufweist. Der Circulus art. Willisii war normal entwickelt, die basalen Hirngefässe wenig arteriosklerotisch, nirgends thrombosirt; die linke Hirnhemisphäre erweicht, die Herzmusculatur fettig degenerirt, von Schwielen durchsetzt. In einem ähnlichen Falle müsste, trotz des Exitus, wieder ein operativer Eingriff in Erwägung gezogen werden.

---

29. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 18.—21. April.

Referent: Dr. Heinz Wohlgemuth-Berlin.

I. Sitzungstag: Vormittagssitzung.

Der Vorsitzende, Herr v. Bergmann-Berlin, begrüsst die Versammlung und gibt in kurzen charakteristischen Zügen ein Bild vom Standpunkt der Chirurgie von heute in Gegenüberstellung der grossen Errungenschaften des vergangenen Jahrhunderts zu dem Können im Anfange desselben. Er betont, wie das vergangene Jahrhundert sich vor Allem um die Erforschung der Entstehung und Behandlung der bösartigen Geschwülste verdient gemacht hat, der auch die heutige Vormittagssitzung gewidmet ist. Erster Vortragender ist

Herr **Czerny**-Heidelberg über **die Behandlung inoperabler Krebse.**

Nach den Statistiken, so führt Redner aus, seien 75 Proc. aller chirurgischen Carcinome inoperabel. Nach Dührssen werde von den Carcinomen des Uterus nur der 10. Theil geheilt. Das ist gewiss ein trauriges Resultat, und er ist durch diese schlechten Resultate zu dem wohlüberlegten Schluss gekommen, dass er einen Patienten mit einem inoperablen oder schwer zu operirenden Carcinom lieber in der Hoffnung, doch noch gesund zu werden, zu Grunde gehen sieht, als dass er mit so traurigem Resultat, welches die beste Operation oft nicht vermeiden kann, operirt wird und seine Hoffnung auf Genesung schwinden sieht. Das Vertrauen zum Arzt ist eine Hauptsache gerade bei den bösartigen Geschwülsten. Nur durch die Erschütterung desselben fallen die Patienten oft der Curpfuscherei anheim. Hier haben Arzt und Publicum zu gleichen Theilen Schuld. Bei letzterem ist es zumeist der Wunderglaube an verschiedene pflanzliche oder auch sympathische Mittel, der die Schuld trägt, dann aber auch die Leichtigkeit, mit der heutzutage der Patient andere Aerzte unter Umgehung seines Haus- oder behandelnden Arztes fragt. Der Hausarzt ist in vielen Fällen nur der dünne sympathische Nervenstrang, der zum Specialisten hinleitet. An den Aerzten liegt die Schuld, weil die Diagnose Carcinom für viele ein Horror ist. Viele junge Aerzte können und viele ältere wollen damit nichts anfangen, wenn sie den Fall für inoperabel halten. Doch muss er gerade ein Hauptgewicht auf die Behandlung dieser Art von Carcinomen legen. Mit der Diagnose „Krebs“ will er überhaupt „alle bösartigen Geschwülste bezeichnet wissen, welche weiter wuchern und durch Infection oder Marasmus schliesslich zum Tode führen“. Soll man nun jeden Krebs operiren? Soweit wie möglich, ja, sogar bei dem so sehr gefürchteten Carcinoma lenticulare will er eine Exstirpation weit im Gesunden versucht wissen. Manchmal gelingt es, ihn so zu heilen. Drei Dinge sind es, die vor Allem bei der Behandlung des Carcinoms vermieden werden müssen: Blutung, Jauchung und Schmerzen. Als Palliativoperation kommt hier manchmal die Unterbindung der zuführenden Gefässe in Betracht, wie sie beim Zungencarcinom sich nicht selten von gutem Erfolg erweist. Ferner die Auslöffelung und das Ferrum candens. Durch Ausschabung und Aetzung bringen wir dem Patienten oft Erleichterung und manchmal Heilung. Die Aetzung soll am besten eine chemische sein und hier haben sich ihm die 20—50 proc. Chlorzinklösungen, mit denen Gazestreifen befeuchtet werden und die Wundhöhle tamponirt wird, am vortheilhaftesten gezeigt. Bei flacheren Geschwüren ist auch eine Aetzpaste am Platze. Bei den Carcinomen der Cervix uteri leistet der Thermokauter oder die Heissluftbehandlung mit nachfolgender Aetzung gute Dienste, nur soll man nicht vergessen, die Scheide gut einzufetten und sie nachher mit in 5 proc. Na Cl-Lösung getauchten Gazestreifen gut auszustopfen. Auch bei Rectumcarcinom hat C. gesehen, dass nach Chlorzinkätzung ein vorher für inoperabel gehaltenes Carcinom beweglich wurde und dann exstirpirt werden konnte. Bei recidivirtem Carcinom der Clavicula, des Gesichtes etc. konnte er nach 10—50 proc. Chlorzinkätzung fast stets einen guten Erfolg aufweisen. Bei 48 Uteruscarcinomen erreichte er nach Ausschabung und Tamponade kein Resultat, dagegen nach weiterer Chlorzinkätzung Heilung. Vortragender theilt dann noch mehrere Krankengeschichten mit, wo z. B. nach Auslöffelung, Abtragung und Aetzung mit 30 proc. Chlorzinklösung bei einem von autoritativer Seite für inoperabel gehaltenen Carcinom Heilung erfolgt ist. Er hat auch Aetzungen mit Formalin als 10—30 proc. Umschlag, mit Arsenpaste und Sol. Fowleri als Injection versucht, doch diese machen Entzündungen und Schmerzen, nicht selten auch Vergiftungen. Von Arsen und Jodkali, von dem Cancroin-Adamkiewicz hat er ebensowenig wie von den zahlreichen anderen Injectionsmitteln und der elektrischen Behandlung Nutzen gesehen. Aber auch die Pflanzenmittel will er nicht vermissen, wenn er sieht, dass der Kranke diese Dinge, die ihm heilkräftig dünken oder von deren Heilkraft er gehört hat, erproben will, wenn er auch zugeben muss, dass alle Versuche, durch allgemeine Behandlung Heilung zu erzielen, nutzlos sei. Ein Lichtblick für die Carcinombehandlung schien es zu sein, als man erfuhr, dass das Erisypel auf die Resorption des Sarkoms so vortheilhaft einwirkte, aber auch diese Hoffnung hat sich nicht erfüllt. Ueberhaupt werden wir zu einer rationellen Grundlage für die Behandlung des Carcinoms erst dann gelangen, wenn die Ursachen selbst des Carcinoms erforscht worden sind. Daher ist die Initiative des Cultusministeriums mit Freuden zu begrüssen, welches zu einer Sammelforschung zur Erforschung des Krebses auffordert und auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie sollte dies unterstützen, und zur besseren Erforschung, zum gründlicheren Studium sollten die Carcinomkranken in besondere Hospitäler kommen. Die Statistik hat gezeigt, dass die Krebsseuche fortwährend zunimmt, in England ist sie auf das Vierfache gestiegen, in New-York soll sie die Tuberculose, den Typhus und die Blattern zusammen um das 10 fache übertreffen. Sie ist in Städten häufiger als auf dem Lande, die Erkrankungen sind um so zahlreicher, je enger und dichter die Menschen beisammen wohnen. Das spricht für eine von aussen kommende Ursache. Daher soll man wie in London, New-York und in anderen Städten Cancer-Hospitäler bauen mit allen Einrichtungen moderner Forschung und Behandlung. Diese Hospitäler sollen nicht Sinecuren für alternde Bezirksärzte sein, sondern junge Aerzte mit jugendlichem Forscherdrang sollen sie leiten; denn keine Krankheit fordere so sehr das Mitgefühl mit den armen Leidenden wie das Carcinom.

Discussion. Herr Friedrich-Leipzig betont, dass Thiersch schon in den letzten 20 Jahren seines Lebens der parasitären Natur für eine gewisse Reihe von Carcinomen zugeneigt hat.

Herr Helferich-Kiel tritt für die Chlorzinkätzung ein.

Herr Steinthal-Stuttgart hat sehr schwere Nachblutungen nach Abstossung des Schorfes bei Chlorzinkätzungen gesehen.

2. Herr **Krönlein**-Zürich: **Darm- und Mastdarmcarcinome und die Resultate ihrer operativen Behandlung.**

Der deutsche Standpunkt der operativen Behandlung des Mastdarmcarcinoms wie aller anderen Carcinome wird eigentlich nur in Deutschland selbst vertreten. Es sprechen dagegen mehrere Dinge: 1. die schlechten Endresultate, 2. die Mortalität bei der Operation, 3. die schlechten functionellen Resultate. Um einen Ueberblick zu gewinnen, hat er das ganze Material der in Deutschland operirten Carcinome von 11 Kliniken gesammelt. Was nun die Mortalität anlangt, so sind von zusammen 881 in den letzten 2 Decennien operirten und exstirpirten Fällen von Carcinoma recti 19,4 Proc., d. h. ⅕ aller Fälle gestorben, eine Mortalitätsziffer, die bei den verschiedenen Autoren natürlich bedeutend schwankt. Der eine Theil, 6 Kliniken mit 444 Operationen, habe 12,6 Proc. Todesfälle, der andere, 5 Kliniken mit 437 Operationen, habe dagegen 26,7 Proc. aufzuweisen. Wenn man sich nun nach der Ursache dieser grossen Mortalität erkundigt, so sieht man, dass an Sepsis 51,8 Proc., d. h. mehr als die Hälfte an Wundinfection, an Collaps 18 Proc., an Pneumonie, Embolie etc. 13,1 Proc. zu Grunde gingen. In keiner Beziehung zur Operation starben 15 Proc. An diesen Resultaten ist wohl in einzelnen Fällen eine zu weit gestellte Indication zur Operation schuld, in anderen wohl die Methode der Operation. K. unterscheidet 2 Hauptmethoden derselben: 1. die perineale, 2. die dorsale mit oder ohne Voroperation. Die erste greift direct den Mastdarm an, die zweite holt erst das intacte Mastdarmrohr heraus. Diese Operation wurde zuerst von den französischen Chirurgen Denonvillier und Verneuil angegeben, bei uns heisst sie die Kocher'sche Methode. Danach trat Kraske mit der osteoplastischen Resection des Kreuzbeins auf. Was nun die Wahl der Operationsmethode anlangt, so verfahren die meisten Chirurgen eclectisch, mit Ausnahme von Hochenegg, der die sacrale Methode zum Princip erhebt. In Bezug auf die Dauerresultate ist der Standpunkt bis jetzt ein sehr pessimistischer, doch wird er besser, wenn man diese Resultate vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus betrachtet. Axel Iversen hat eine Statistik geliefert, nach welcher in operirten und nicht operirten Fällen bei an Carcinom gestorbenen Patienten in fast der Hälfte aller Fälle keine Metastasen in Leber, Milz etc. nachzuweisen, darum wäre vom pathologisch-anatomischen Standpunkt dieser Pessimismus nicht gerechtfertigt. Wann sollen wir nun eine Heilung als Dauererfolg annehmen? Er glaubt, dass 3 Jahre genug sind und nach seiner Statistik ist nach diesem Grundsatz in ⅐ aller Fälle ein Dauererfolg aufzuweisen. Aber er hat auch 13 Spätrecidive unter allen seinen Fällen aufzuweisen und daher will er nicht von einer Radicalheilung, sondern nur von

Dauererfolgen sprechen. Der Kreis der Indication zur Operation sollte nicht mehr erweitert werden, das Zulässige ist nach seiner Meinung schon überschritten. Man soll Halt machen, sobald die Nebenorgane ergriffen sind. Die Resection der Blase und der Harnröhre hat stets schlechte Resultate geliefert. Lieber solle man den Kreis der Indicationen enger ziehen. Die functionellen Resultate betreffen in erster Reihe immer die Continenzfrage. Beobachtungen darüber hat er wenig gefunden, daher will er aus Erfahrungen in seiner eigenen Klinik sprechen. Die Continenzfrage hat in den Augen der Patienten die grösste Bedeutung, grösser noch als die Mortalitätsfrage. Daher soll man möglichst conservirend verfahren, nicht rücksichtslos exstirpiren aus Furcht vor Recidiven, im Interesse gründlicher Säuberung. Entweder ganz oder partiell soll ein gesunder Anus erhalten werden und wenn auch nur ein Schleimhautstreifen den gesunden Anus mit dem centralen Mastdarmende verbindet. Er hat nie einen Anus sacralis praeternaturalis geduldet, sondern ihn stets geschlossen, und hat in seinen 39 Fällen in 30 Proc. vollkommene Continenz, relative Continenz in 60 Proc., absolute Incontinenz in 10 Proc aufzuweisen.

Verschiedenes

Realgymnasium und Medicinstudium.

In der von der „Badischen Landeszeitung“ veranstalteten Umfrage (s. u.) äussert sich Geh.-Rath Kussmaul Exc. wie folgt:

Von einer schweren Influenza langsam genesend, bin ich erst jetzt im Stande, die an mich gerichtete Frage: ob auch den Abiturienten der Realgymnasien der Zugang zum medicinischen Studium an den Universitäten eröffnet werden solle, kurz zu beantworten.

Vor allen Dingen ist bei Erörterung dieser Frage festzustellen, aus welchen Gründen eine weitere Schleuse eröffnet werden soll, um den bereits übermässigen Andrang der Jugend zu dem ärztlichen Berufe zu steigern. An Aerzten fehlt es in Deutschland nicht, die Städte sind von approbirten Aerzten überfluthet, auch in kleinen Städten haben sich bereits Specialisten verschiedenster Art niedergelassen, in jedem etwas grösseren Dorfe sitzt mindestens ein akademisch gebildeter Arzt, sie fehlen nur an den ärmsten Orten, wo sie die Mittel zum Lebensunterhalte nicht finden, und auch hier hilft häufig der Staat nach und stellt besoldete Aerzte an. Bei diesem ausserordentlichen Wettbewerb um die Praxis konnte es nicht ausbleiben, dass eine Menge approbirter Aerzte ihr Auskommen nicht finden; in der That sind die ärztlichen Zeitungen voll von ernsten Mahnungen und Warnungen vor dem Ergreifen des ärztlichen Studiums. Die grossen Einnahmen einzelner hervorragender Aerzte ändern an der traurigen Gesammtlage des ärztlichen Standes nichts.

Bereits ist im Princip auch der weiblichen Jugend der Zugang zum ärztlichen Berufe unter den gleichen Bedingungen, wie der männlichen, zugestanden, und bald werden mit den männlichen approbirten Aerzten weibliche mitbewerbend um die Palme ringen, wenigstens in der Frauen- und Kinderpraxis.

Es wäre unrecht, zu bestreiten, dass unsere humanistischen Gymnasien im Grossen und Ganzen die Aufgabe erfüllt haben, ihre Schüler für den medicinischen Unterricht auf den Universitäten genügend vorzubereiten, wenn auch nicht in Abrede gestellt werden soll, dass diese Vorbereitung nach manchen Richtungen hin einer Verbesserung fähig und bedürftig wäre. Man hat die Schulung des Denkvermögens zu ausschliesslich grammatisch-philologisch betrieben, es ist zu wenig geschehen für Schärfung der sinnlichen Beobachtung, für Uebung von Hand und Auge im Zeichnen, für Erlernung neuer Sprachen und tiefere Erfassung der eigenen Muttersprache. Bei gutem Willen wäre da ohne Schwierigkeit abzuhelfen. Für Mathematik, womit es früher an vielen Gymnasien schlecht bestellt war, scheint bereits durch bessere Lehrer und Benützung besserer Unterrichtsmethoden ausreichend gesorgt zu sein. Hätten die humanistischen Gymnasien ihrer Aufgabe als Vorschule für die Universitätsstudien und speciell das medicinische so wenig entsprochen, wie es ihre Gegner behaupten, so würden unsere deutschen Aerzte das Ansehen nicht geniessen, dessen sie sich in der ganzen Welt erfreuen, sie stehen jedenfalls denen keiner anderen Nation nach und übertreffen die meisten an gründlicher Ausbildung, deutsche Aerzte sind über alle Welttheile zerstreut und überall geschätzt. An diesem Verdienste haben mit den Universitäten auch die humanistischen Gymnasien ihr Theil zu beanspruchen.

Es ist allerdings richtig, dass nach meiner und anderer älterer Aerzte Schätzung das Ansehen des ärztlichen Standes im Allgemeinen in Deutschland gegen früher eher gesunken, als gestiegen ist, obwohl die ärztliche Wissenschaft und Kunst immer grössere Triumphe erringen und die heutigen Aerzte unendlich mehr positive Kenntnisse und technische Fertigkeiten besitzen als die vor einem halben Jahrhundert. Der Grund davon liegt einzig in dem Uebermaass von Aerzten, dem erdrückenden Wettbewerb in der Praxis um das tägliche Brod, dem Anwachsen eines ärztlichen Proletariats, dem sein erwählter Beruf nicht die nöthigen Mittel gewährt zu einer würdigen Lebenshaltung und was noch mehr bedeutet, zu stetiger Fortbildung. Zu dieser übleren Stellung hat unzweifelhaft der Umstand beigetragen, dass der ärztliche Stand sich aus der vornehmen Höhe der edlen Künste zum niedern Gewerbe degradiren liess, und die Freigebung der ärztlichen Praxis in Jedermanns Belieben, insofern sie nur auf die Verwendung der officiell als giftige Substanzen bezeichneten Arzneimittel verzichtet. Damit ist das Pfuscherthum zu einer vor der Freigebung unbekannten Höhe empor gewuchert und hat namentlich unter dem lockenden Aushängeschild der Naturheilkunde den approbirten Aerzten vielfach Abbruch gethan.

Demnach ist es schon aus socialen Gründen bedenklich, durch Erleichterung des Zugangs zum medicinischen Studium und der staatlichen Approbation den Andrang zum ärztlichen Berufe noch zu steigern, denn als Erleichterung dürfte die Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien angesehen werden. Je ungemessener die Zahl der approbirten Aerzte wächst, desto tiefer wird ihre Qualität sinken. Die Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien wäre nur dann gerechtfertigt, wenn diese bessere Garantien für die richtige Vorbereitung der Jugend zum medicinischen Studium böten, als die humanistischen, oder mindestens die gleichen. Es sind zwar Stimmen in diesem Sinne laut geworden, der Beweis dafür aber wäre erst noch zu erbringen und man sollte gewagte Experimente nicht ohne Noth unternehmen. Leute von ungewöhnlicher angeborener Begabung mögen auch bei ungenügender gymnasialer Vorbildung ausgezeichnete Aerzte werden, etwa wie ein Faraday ohne physikalische Durchbildung einer der grössten Physiker geworden ist, aber Ausnahmen stossen die Regel nicht um, und die Schulen sollen ihre Einrichtungen für die Leute von Durchschnittsbegabung treffen. Ich habe wiederholt Gelegenheit gehabt, Abiturienten von Realgymnasien und ähnlichen Lehranstalten klinisch zu unterrichten und es ist mir aufgefallen, dass es weit schwerer hielt, sie in das medicinische Denken einzuführen, insbesondere sie das diagnostische Schliessen zu lehren, als ihre humanistisch geschulten Commilitonen. Andere meiner früheren Collegen der Strassburger Facultät haben dieselbe Erfahrung gemacht. Dabei kam mir in Erinnerung, was mir vor mehr als 40 Jahren Justus Liebig gelegentlich einer Unterhaltung über den Werth der humanistischen Vorbildung für Aerzte und Naturforscher mittheilte. Er habe in seinem Laboratorium die Erfahrung gemacht, dass die mit dem Reifezeugniss humanistischer Gymnasien bei ihm eingetretenen Praktikanten zwar Anfangs hinter den anderen, die eine mehr realistische Vorbildung genossen hatten, z. B. hinter geübten und gewandten Pharmazeuten, die bereits vorher in Officinen gearbeitet hatten, zurückgeblieben seien, diese aber doch schliesslich überflügelt hätten und brauchbarere Assistenten geworden wären, als jene.

Es wäre einseitig und verkehrt, wie zuweilen ernstlich empfohlen wird, die Vorbildung der Mediciner desshalb auf ganz oder vorwiegend realistischen Boden einzurichten, weil die Heilkunst sich allmählich in einen reichen Besitz technischer und chemischer Untersuchungs- und Heilmethoden gesetzt hat. Sie sind doch nur ein Stück Medicin und nicht die ganze. Die psychischen Imponderabilien spielen in der Heilkunst keine geringere Rolle, als Specula und Reagentien, Bistouris und Sägen. Der vorzügliche Mathematiker, Physiker und Chemiker kann zum Arzte nicht taugen, und das rechte Wort zur rechten Zeit aus dem Munde eines erfahrenen, human gebildeten Arztes thut oft grössere Wunder, als Arznei- und Wassercuren. Wenn die humanistische Schule nicht bloss durch Sprachunterricht das Denken zu schärfen bezweckt, sondern im Sinne Melanchthons, aus den alten Schriftstellern auf Charakter-, Herzens- und Gemüthsbildung der Jugend zu wirken versteht, ihr ethische, historische und ästhetische Interessen einflösst, so verschafft sie dem künftigen Arzte eine allgemeine Bildung, die ihn weit über eine lediglich auf das Nützlichkeitsprincip basirte ausschliesslich realistische erhebt. Es gibt zu denken und spricht zu Gunsten der bisher in Deutschland geübten gymnasialen Bildung, dass die antiseptische Wundbehandlung zwar von dem Engländer Lister erdacht, aber in Deutschland zuerst allgemein adoptirt und ausgebildet wurde.

Aus diesen Gründen scheint es sich mir zu empfehlen, für die Zulassung zum medicinischen Studium und Staatsexamen nach wie vor das Reifezeugniss eines humanistischen Gymnasiums zu fordern. Von diesem Grundsatze sollte erst dann abgegangen werden, wenn die Prophezeihung eingetroffen sein wird, die der geistvolle Geh. Oberschulrath Prof. Dr. Hermann Schiller in Leipzig (Deutsche Revue, December 1899, S. 322) ausgesprochen hat, dass in nicht ferner Zeit beide Schulkategorien, das humanistische und das Realgymnasium, die gleiche allgemeine geistige Schulung und Vorbildung für alle wissenschaftlichen Berufsfächer, nicht für die Medicin allein, gewähren werden.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. April 1900.

— Bezüglich des Beschlusses des preuss. Staatsministeriums über die Zulassung der Abiturienten von Realgymnasien zum Studium der Medicin (vergl. No. 15 d. W.) heisst es jetzt in Berliner Blättern, dass es sich dabei nicht um die jetzigen Realgymnasien handele, sondern es sei die Zulassung nach einer Verbesserung des lateinischen Unterrichtes an den Realgymnasien unter Wegfall des Griechischen in Aussicht genommen. An der Thatsache, dass die preuss. Regierung bereit ist, den Abiturienten von Realgymnasien das medicinische Studium zu eröffnen, wird durch diese Fassung nichts geändert. Bei der fundamentalen Bedeutung, welche diese Thatsache für den ärztlichen Stand besitzt, muss man sich wundern, wie wenig Notiz ärztliche Kreise, auch die ärztliche Fachpresse, bisher von dem Beschlusse des preuss. Staatsministeriums genommen haben. Und doch dürfte sich in der Stellungnahme des ärztlichen Standes dieser Frage gegenüber nichts geändert haben. Erst vor Kurzem hat sich ein hochangesehener akademischer Lehrer, Professor

H. Buchner, in einem sehr lesenswerthen Artikel (in der Deutschen Revue; ein Referat erscheint in unserer nächsten Nummer) mit aller Entschiedenheit für das Festhalten an der humanistischen Vorbildung der Aerzte ausgesprochen und das Ergebniss einer soeben von der „Badischen Landeszeitung" veranstalteten Umfrage bei Aerzten und Professoren geht ebenfalls dahin, dass die überwiegende Mehrzahl der Antworten die gestellte Frage: „Empfiehlt es sich, für die Zulassung zum medicinischen Studium nach wie vor das Reifezeugniss eines humanistischen Gymnasiums zu fordern?" bejaht. Unter den von dem Blatte veröffentlichten Antworten (Beilage zu No. 164, 7. April) sind manche recht bemerkenswerthe; Männer wie Ebstein, Gegenbaur, Kocher, Kussmaul, Löhlein, Manz, Schüle, Vierordt, Winckel und viele Andere geben ihr mehr oder weniger ausführlich begründetes Votum in dem angedeutetem Sinne ab. Unter der Minderheit, die den entgegengesetzten Standpunkt vertritt, befinden sich auffallender Weise drei Anatomen, His, Merkel und Wiedersheim; Gegenbaur allerdings hält das humanistische Gymnasium für „unerlässlich", da der Arzt nicht auf eine niederere Bildungsstufe herabsteigen dürfe. Leider mangelt uns der Raum, um eine grössere Anzahl der Antworten hier mitzutheilen; wir beschränken uns darauf, die schönen Worte eines Mannes anzuführen, den wir Alle als eine ärztliche Idealgestalt verehren und dessen Worten wir daher erhöhte Bedeutung beilegen: Kussmaul's; sie finden sich an anderer Stelle dieser Nummer (S. 595).

Wenn hiernach anzunehmen ist, dass der ärztliche Stand nach wie vor an seinem Standpunkte, die humanistische Vorbildung für seine Jünger zu fordern, festhält, so wäre es hohe Zeit, dass er von Neuem seine Stimme erhöbe und für seinen Standpunkt mit aller Entschiedenheit einträte. Dass man die Aerzte um ihre Ansicht fragen wird, scheint ausgeschlossen; sie werden sich selbst Gehör verschaffen müssen. Wenn aber erst der Bundesrath gesprochen haben wird, wird es zu spät sein.

— Der Ausschuss der preussischen Aerztekammern tritt am 21. d. M. in Berlin zusammen, um gegen den Beschluss der preuss. Regierung betr. die Zulassung der Realschulabiturienten zum Studium der Medicin Stellung zu nehmen.

— Aus Anlass der Vorstellung des ärztlichen Bezirksvereins Nürnberg über die Auslegung des § 3 der Allerhöchsten Verordnung vom 17. December v. Js., den Vollzug des Impfgesetzes betreffend, hat das Staatsministerium des Innern sich zu einer authentischen Interpretation dieses Paragraphen herbeigelassen. Es ist folgende Erschliessung ergangen:

„Durch die neueren auf Vereinbarung unter den deutschen Bundesregierungen beruhenden Vorschriften über den Vollzug des Impfgesetzes, wie sie für Bayern in der Allerhöchsten Verordnung vom 17. December v. Js. und der Ministerialbekanntmachung vom 21. December v. Js. unter No. 61 des Gesetz- und Verordnungsblattes zum Ausdrucke gelangt sind, wurde weder an den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung noch an jenen des Impfgesetzes etwas geändert.

Nach den §§ 8 und 16 des Impfgesetzes sind „ausser den Impfärzten ausschliesslich Aerzte befugt, Impfungen vorzunehmen und wird bestraft, wer unbefugter Weise Impfungen vornimmt".

Da hienach für die Befugniss zur Vornahme von Impfungen nur die ärztliche Approbation vorausgesetzt ist, so steht es jedem Arzte zu, bei der Ausübung ärztlicher Praxis auch Impfungen vorzunehmen; durch den § 3, Abs. 2 der Allerhöchsten Verordnung vom 17. December 1899 wird der Arzt in dieser Befugniss nicht beschränkt und ist derselbe nicht gehalten, den dort bezeichneten Nachweis hiefür zu erbringen.

Der § 3, Abs. 2 a. a. O. bezieht sich nur auf solche Aerzte, welche öffentlich oder privatim allgemeine Impfungen ausführen und im Sinne des Abs. 3 jenes § 3 amtlich für die Ausübung des Impfgeschäftes in Pflicht genommen werden. Insoweit Aerzte bei Ausübung ihrer Praxis ohne amtliche Verpflichtung Impfgeschäfte vornehmen, sind sie der Anforderung des § 3, Abs. 2 der Allerhöchsten Verordnung vom 17. December v. Js. nicht unterworfen.

Ein Arzt, welcher dieser Anforderung nicht entspricht, kann einer Bestrafung nicht unterliegen, kann aber für die Ausübung des Impfgeschäftes nach Maassgabe des Art. 3, Abs. 3 a. a. O. nicht verpflichtet werden."

Es ist höchst dankenswerth, dass das k. Staatsministerium nicht gezögert hat, dem beanstandeten § 3 der Verordnung durch diese Entschliessung eine Auslegung zu geben, welche die von den Aerzten gehegten Bedenken völlig zerstreut. Die praktischen Aerzte können hiernach ungehindert, wie bisher, an die Ausübung des Impfgeschäftes gehen.

— Pest. Britisch-Ostindien. In der Stadt Bombay starben während der am 3., 10. und 17. März endigenden Wochen 753, 755 und 727 Personen an der Pest. In Kalkutta und im Bezirke Patna hatte zu Folge einer Nachricht vom 22. März die Pest weitere Fortschritte gemacht, denn in den oben bezeichneten 3 Wochen betrug die Zahl der Peststerbefälle in Kalkutta 411, 601 und 744, im Bezirke Patna 1382, 1581 und 2044. — Hongkong. Während der ersten Aprilwoche sind in Hongkong 6 Fälle von Pest beobachtet worden. —Argentinien. In Rosario wurden während der beiden Wochen vom 2. bis 15. März je 8 neue Fälle von Pest festgestellt. In Buenos Aires waren bis zum 13. März (seit Anfang dieses Jahres) 52 Erkrankungen unter pestverdächtigen Erscheinungen beobachtet, von denen 18 tödtlich geendet hatten. — Neu-Süd-Wales. Zu Folge einer Mittheilung vom 6. März waren in Sidney seit dem 27. Februar 2 weitere Personen an der Pest gestorben und 3 neue Erkrankungsfälle festgestellt, darunter 2 bei Sackträgern in Productengeschäften. Die 3 bisher verstorbenen hatten durch ihren Beruf Verkehr mit Schiffen; der eine war ein Segelmacher, der andere ein Stauer und der dritte Schankwirth am Hafen. Die Erkrankten wurden mit ihren Familienangehörigen und allen Personen, die mit ihnen in der letzten Zeit verkehrt hatten, auf die Quarantänestation übergeführt, die befallenen Häuser wurden isolirt. Angeblich wurden die Docks und die Arbeiterstadttheile am Hafen von Sidney auf Anordnung der Regierung gründlich gereinigt und desinficirt; viele Gassen und Häuser daselbst sollen vor Schmutz starren; Ratten wurden in grosser Zahl eingefangen und verbrannt. (V. d. K. G.-A.)

— In der 14. Jahreswoche vom 1. bis 7. April 1900 hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Bochum mit 36,7, die geringste Hildesheim mit 7,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Altendorf, Beuthen, Duisburg; an Diphtherie und Croup in Bromberg, Kaiserslautern.

— Die Kölnische Unfallversicherungs-Actiengesellschaft in Köln a. Rh., welche vor Kurzem eine für die Aerzte günstige Infectionsklausel eingeführt hat (s. d. W. No. 10), ist, wie sie uns mittheilt, bereit, den sämmtlichen bei ihr versicherten Aerzten auf Wunsch durch Nachtrag zur Police die Vergünstigung dieser Klausel zuzuwenden.

(Hochschulnachrichten.)

Florenz. Der Professor an der medicinischen Facultät zu Siena Dr. L. Guaita wurde zum o. Professor der ophthalmologischen Klinik ernannt.

Prag. An der tschechischen medicinischen Facultät habilitirte sich Dr. V. Mladejovsky für Balneologie und Climatologie.

(Todesfälle.)

Sir A. Douglas Maclagan, früher Professor der Hygiene und gerichtlichen Medicin zu Edinburgh.

Dr. P. Sgrosso, Privatdocent der Augenheilkunde zu Neapel.

(Berichtigung.) Der Verfasser der in No. 15, S. 512 ref. Arbeit „Ueber die echten Cysten der Leber" ist Dr. Leppmann (nicht Lippmann) in Berlin.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. Adolf Bach, appr. 1897 (nicht 1900, wie in No. 13 gemeldet), in Thannhausen. Dr. Adolf Jordan, appr. 1895, in München.

Verzogen: Dr. Heinrich Völk von Rosshaupten (B.-A. Füssen) nach Augsburg.

Versetzt: Der Bezirksarzt I. Classe Dr. Friedrich Böhm in Neuulm, seiner Bitte entsprechend, auf die Bezirksarztsstelle I. Classe für den Verwaltungsbezirk der Stadt Augsburg. — Der Bezirksarzt I. Classe Dr. Karl Grasmann in Pfaffenhofen a. d. Ilm, seiner Bitte entsprechend, auf die Bezirksarztsstelle I. Classe in Regensburg.

Erledigt: Die Bezirksarztsstelle I. Classe in Neuulm. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten k. Regierung, K. d. I., bis zum 7. Mai l. Js. einzureichen. Die Bezirksarztsstelle I. Classe in Pfaffenhofen a. d. Ilm. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten k. Regierung, K. d. I., bis zum 7. Mai l. Js. einzureichen.

Gestorben: Hofrath Dr. Guido Jochner, 70 Jahre alt, in München. Dr. Leonhard Stempfle, 28 Jahre alt, in Edesheim (Rheinpfalz). Dr. Georg Rupprecht, 45 Jahre alt, in Nürnberg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 15. Jahreswoche vom 8. bis 14. April 1900.

Betheil. Aerzte 522. — Brechdurchfall 5 (4*), Diphtherie, Croup 12 (11), Erysipelas 15 (18), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (1), Kindbettfieber 1 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 90 (97), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (4), Parotitis epidem. 6 (10), Pneumonia crouposa 16 (16), Pyaemie, Septikaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 23 (28), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 3 (5), Tussis convulsiva 10 (5), Typhus abdominalis 2 (2), Varicellen 7 (9), Variola, Variolois — (—). Summa 197 (210).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 15. Jahreswoche vom 8. bis 14. April 1900.

Bevölkerungszahl: 463 000.

Todesursachen: Masern 10 (11*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 1 (—), Rothlauf 1 (1), Kindbettfieber — (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (2), Brechdurchfall 2 (4), Unterleibstyphus 1 (—), Keuchhusten — (2), Croupöse Lungenentzündung — (—), Tuberculose a) der Lungen 35 (38), b) der übrigen Organe 2 (13), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 6 (4), Unglücksfälle 2 (1), Selbstmord 2 (3), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 212 (228), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23,8 (25,6), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,6 (15,9).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.